

ANNEE 1970

THESE

N^o 1003

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

François DOUCHE

né le 1er septembre 1937 à PARIS

Ancien Externe des Hôpitaux de PARIS

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 29 JUIN 1970

A PROPOS DE 31 OBSERVATIONS

DE LONGUE HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUE

Président : M. L. MICHAUX, Professeur

EDITIONS MEDICALES



ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe

ANNEE 1970

THESE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

François DOUCHE

né le 1er septembre 1937 à PARIS

Ancien Externe des Hôpitaux de PARIS

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 29 JUIN 1970

A PROPOS DE 31 OBSERVATIONS

DE LONGUE HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUE

Président : M. L. MICHAUX, Professeur

EDITIONS MEDICALES



ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe



A ma femme,

A mes enfants,

avec toute ma tendresse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549902_0010

A mes parents,

Ce travail qui constitue l'achèvement de
leurs efforts; le début de leurs espérances,
avec toute mon affection.

A tous les miens,

et à tous mes amis.

A Monsieur le Professeur L. NIICHAUX

Qui me fit le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur V. BERTRAND,

Nous tenons à le remercier pour l'aide précieuse qu'il nous a apportée dans ce travail.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre reconnaissance pour l'enseignement bienveillant qu'il nous a toujours prodigué dans son service.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux.

En remerciement pour leur enseignement
au cours de mon Externat.

Monsieur le Docteur D. BOUTTIER

Monsieur le Docteur P. PETIT

Monsieur le Professeur L. JUSTIN BESANCON

Monsieur le Professeur J. VIALATTE

Monsieur le Docteur J.J. BONDEPIERRE

Monsieur le Professeur J. BOUSSER

Monsieur le Professeur CAMBIER

Monsieur le Professeur G. BOUDIN

A mes Maîtres de l'Internat.

Madame le Docteur JOYEUX QUERCY

Monsieur le Docteur P. DELTEIL.

P L A N

- INTRODUCTION

I - HISTOIRE & OBSERVATION GENERALE DU SERVICE

A - Origine : Rapport de Bourneville - 1896

B - Réalisation : Architecture du service

C - Conditions de vie : L'entrée ,

La vie à l'Asile,

L'avènement : - visites,
- permissions,
- changement de pavillon,

D - Conclusion de la première partie : La ritualisation.

II - DESCRIPTION DE NOTRE GROUPE DE MALADES

a) - Répartition des âges actuels,

b) - Durées du séjour hospitalier,

c) - Quelques éléments cliniques,

1 - le diagnostic,

2 - étude sémantique : les symptômes,

3 - âge du début de la maladie,

4 - acuité du début.

d) - Conditions sociales,

1 - hérédité,

2 - situation dans la fratrie,

3 - situation conjugale,

II

- 4 - scolarité, emploi,
- 5 - lieu de naissance, domicile,

e) - Modalités d'hospitalisation :

- 1 - modes de placement,
- 2 - traitements reçus,
- 3 - sorties, permissions,
- 4 - difficultés des évaluations pronostiques,
- 5 - fréquence des sorties,
- 6 - les décès.

f) - L'évolution :

- 1 - quelques observations,
- 2 - essai de systématisation.

- CONCLUSION

- BIBLIOGRAPHIE.

oOo

I N T R O D U C T I O N

Nous nous proposons, dans ce travail, un essai de description des malades hospitalisées depuis 30 ans et plus dans le service du Docteur BERTRAND à l'hôpital psychiatrique de Maison-Blanche. Nous tenterons de dégager les principaux traits relatifs à ces 31 malades en analysant les éléments qui se trouvent dans les observations médicales les concernant.

- CHOIX DES MALADES

Le choix des malades a été fait d'une manière très simple : nous avons décidé de nous pencher sur les problèmes posés par ces "malades qui ne sortent jamais". Or, nous nous sommes aperçus que pour certaines d'entre elles des essais de sortie avaient été tentés. En outre, bon nombre d'entre elles quittent l'hôpital pour les vacances, une ou plusieurs semaines, chaque année. Pourquoi sont-elles encore à l'hôpital depuis plus de 30 ans ? Le fait que des malades "s'adaptent" et "s'incrustent" à Maison-Blanche est-il un échec thérapeutique ; signifie-t-il que nous n'avons pu les "guérir" ?

Telles étaient les questions qui nous préoccupaient lorsque nous avons songé à ce travail. Qu'on nous pardonne nos ambitions, elles étaient le reflet des découvertes qui furent nôtres au tout début de notre internat, reflet du malaise d'un "psychiatre en formation" devant l'ECHEC en psychiatrie.

Nous n'avions aucun critère pour guider le choix que nous allions faire parmi les observations du service. Nous avons décidé de retenir TOUS les dossiers des malades entrées avant 1941.

CRITIQUES -

Du point de vue "statistique", notre choix est à critiquer sur un certain nombre de points qui détermineront la limite des interprétations que nous pourrions tirer de notre collecte :

- L'entrée à Maison-Blanche, hôpital destiné aux malades adultes de sexe féminin, se fait après 16 ans révolus. La dernière année que nous avons retenue pour les entrées est 1940. Théoriquement l'âge minimum de nos malades serait 46 ans. En fait 1933 marque l'année limite des entrées de malades âgées de moins de 20 ans, dans notre lot. Toutes nos malades, entrées après 1933, et encore présentes dans le service, avaient plus de 20 ans lors de leur hospitalisation.

- Nous n'avons pas tenu compte dans notre étude des décès. Ainsi n'étudions-nous, trente ans après, que les dossiers des malades qui ont survécu jusqu'en 1970. Notons aussi qu'au cours des années qui suivirent l'introduction de thérapeutiques chimiques actives, un grand nombre de malades réputées "chroniques" sont sorties de Maison-Blanche. Elles manquent à notre recensement.

- Enfin, les services psychiatriques de Maison-Blanche ayant été "sectorisés" vers 1955, un certain nombre de malades de la section ont été dirigées vers d'autres services ; il se trouve aussi que quelques patientes d'autres services y ont été accueillies, ceci en fonction de leur ancien domicile.

Pour ces raisons, le "groupe" de nos malades a déjà subi une triple sélection au point de vue de :

- leur âge, leur "vitalité" et leur origine géographique.

METHODES D'ETUDE -

Nous avons procédé de façon très empirique. Avouons que nous ne savions pas très bien les conclusions que nous allions tirer de l'étude de ces 31 dossiers.

Un certain nombre d'idées directrices nous ont tout de même guidés : Nous voulions préciser les relations existant entre la symptomatologie et le pronostic. De nos lectures, il ressortait qu'un certain nombre de données telles

que : l'âge du début des troubles, la personnalité prépsychotique, les antécédents familiaux, les facteurs précipitants, l'acuité du début, la symptomatologie initiale, jouaient un rôle non négligeable en tant que facteurs favorables ou défavorables.

Il ne nous a pas été possible de réunir avec une précision suffisante ces éléments dans tous les dossiers.

D'autre part, notre population est trop peu fournie (31 dossiers) et trop sélectionnée pour que nous puissions tirer des conclusions ayant valeur statistique.

Il eut fallu, d'une part étendre nos investigations, - en particulier à l'ensemble des dossiers qui représentaient les mêmes caractéristiques (mêmes années d'hospitalisation) - d'autre part employer des méthodes statistiques de validation.

Nos ambitions sont plus modestes, nous nous contenterons d'une approche plus qualitative, tout en regrettant de devoir rester ainsi "sur notre faim".

Dans une première partie, nous tenterons de retracer brièvement les conditions d'hospitalisation telles qu'elles furent pour nos 31 malades.

Nous serons amenés à envisager le service tel qu'il se présentait lors de sa création en 1910 puisque la doyenne d'âge de nos malades fut "internée" en 1906.

La seconde partie sera consacrée à l'étude du contenu des 31 dossiers que nous avons ainsi retenus.

I - HISTOIRE ET ORGANISATION GENERALE DU SERVICE

A - ORIGINE -

Le service où vivent actuellement les trente et une malades dont nous étudions la destinée a été construit et aménagé sur les bases d'un "RAPPORT SUR LE PROGRAMME D'UNE SECTION D'EPILEPTIQUES, D'HYSTERIQUES ET D'ALCOOLIQUES dans le 5e Asile de la Seine" présenté par le Docteur BOURNEVILLE en 1896. Nous citerons quelques paragraphes de ce rapport : "l'un des motifs est l'abstinence des boissons alcooliques ou fermentées applicables aux épileptiques et hystériques. Ces dernières manquent de place dans les asiles et dans la section de la Salpêtrière. La section ne donnera d'ailleurs qu'une demi-solution. Mieux vaudrait un programme complet des besoins des aliénés de la Seine : assistance à domicile, colonies près de PARIS, nouveaux asiles dans le Nord et l'Ouest du département..."

Remarquons au passage que le Maître citait déjà l'assistance à domicile et se préoccupait de l'absence de toute "infrastructure" psychiatrique (comme nous dirions en 1970) à l'Ouest de PARIS, absence qui se fait encore sentir en 1970 puisque l'Administration cherche en vain un terrain pour implanter un centre moderne dans les nouveaux départements à l'Ouest de PARIS (RUEIL-MALMAISON). En 1970 comme en 1896, le malade mental reste encore dans bien des cas un malade "aliéné" et banni !

Examinons ce projet de "construction d'une section pour 250 épileptiques et hystériques", nous y lisons :

"tous les bâtiments destinés aux malades doivent être au rez-de-chaussée."

"cinq pavillons, comprenant chacun deux dortoirs de 25 lits à portes extérieures et intérieures larges. Au centre, lavabos, toilettes, porte-serviettes, cabinets d'aisance, placards destinés aux ustensiles de nettoyage - ceux-ci dans les murs - "

Signalons : pour les malades, point de placards où ranger leurs objets personnels. Quant aux vêtements... ils sont fournis par l'Administration, les effets personnels restent au vestiaire central.

Reprenons notre lecture :

"Pour les hystériques, un pavillon de 50 lits ne paraît pas comporter de dispositions spéciales. Cependant, deux chambres d'isolement à l'extrémité de chacun des dortoirs pour y placer les malades en séries d'attaques, en attendant leur envoi à l'infirmérie le lendemain matin si les crises continuent..... Reste ainsi 200 lits pour les épileptiques.

"1° - Deux pavillons de chacun 50 lits, soit 100 lits, pour les épileptiques ordinaires, répartis en 4 dortoirs :

- un pour les épileptiques en voie d'amélioration,
- un pour les épileptiques tranquilles,
- un pour les épileptiques demi-irritables,
- un pour les épileptiques d'habitude irritables.

Utilité douteuse des chambres d'isolement, il n'y a pas lieu d'y mettre les malades prises d'accès isolés, si les accès se multiplient à l'infirmérie.

"2° - Un pavillon de 50 lits pour les épileptiques gâteuses. On pourrait y mettre sans inconvénient une partie des épileptiques dont la démence est à son début".

"3° - Un pavillon de 50 lits d'infirmérie affecté pour une part aux épileptiques au début de la démence, c'est-à-dire en général tranquilles, et pour une autre part à l'infirmérie proprement dite commune aux épileptiques et aux hystériques".

"4° - Agitées : périodes d'excitation pré ou post convulsive : isoler - mais si le nombre des cellules de la section est insuffisant, momentanément au moins, recourir aux lits d'infirmérie.

"L'isolement peut être nécessaire dans les mêmes conditions pour les hystériques. On peut placer dans le même pavillon d'isolement les épilepto-hystériques. Ce pavillon comprendra 8 à 10 chambres d'isolement et 2 cellules capitonnées".

Puis, dans son rapport, le Docteur BOURNEVILLE aborde : le
 "MOUVEMENT GENERAL D'APRES LA DISTRIBUTION DES PAVILLONS".

"la malade calme reste au pavillon des tranquilles.

"agitée, elle est envoyée aux chambres d'isolement ou à l'infirmérie, pour retourner à son pavillon habituel aussitôt calmée."

"Si déchéance intellectuelle : envoyez aux demi-démentes, et remettez les au pavillon des tranquilles s'il survient une amélioration, les accès diminuant, ce qui arrive quelquefois.

"Les épileptiques devenues tout à fait gâteuses seront placées dans le pavillon des gâteuses.

"L'existence de deux pavillons d'épileptiques divisés eux-mêmes en deux dortoirs permettra un classement méthodique suivant le degré de tranquillité ou d'irritabilité habituelle. Il y aurait pour la même raison avantage à pourvoir les deux premiers pavillons d'une salle de réunion qui servirait en même temps d'ouvroir."

B - REALISATION = ARCHITECTURE DU SERVICE

Ainsi conçue, la troisième section de Maison-Blanche devait être ouverte au mois de Juin 1910.

Les six pavillons, tous en rez-de-chaussée, sont disséminés, situés dans un véritable jardin.

La répartition des malades : "hystériques et épileptiques, alcooliques et agitées" se faisant jusqu'aux années 1950, de la façon suivante :

- 1° pavillon : travailleuses calmes,
- 2° pavillon : infirmérie,
- 3° pavillon : gâteuses,
- 4° pavillon : épileptiques,
- 5° pavillon : "dépotoir",
- 6° pavillon : agitées et très irritables (cellules).

La section reçoit bientôt des schizophrènes et des délirantes ; en outre, elle accueille longtemps les malades "difficiles" des autres sections.

Elle dispose de 4.450 M2 - Prévus en 1910 pour 250 malades, la section comptait encore 570 lits en 1958 avec 300 à 320 admissions par an.

PERSONNEL SOIGNANT -

Outre le médecin chef de service, il y avait un assistant et trois internes. Une surveillante par pavillon, avec une surveillante générale pour l'ensemble de la section. Les effectifs furent très variables, mais toujours marqués par une très grande pénurie d'infirmières.

En 1896, le Docteur BOURNEVILLE prévoyait qu'en ce qui concerne les internes "il en faudra probablement deux, logés avec leurs collègues dans un pavillon spécial".

Pour clôre ce chapitre, nous ne pouvons passer sous silence le paragraphe suivant des "dispositions complémentaires" :

"... Pour les gâteuses ou les demi-démentes, une salle de réunion munie d'un siège commun à trous séparés par des appuis, dont la cuvette sous-jacente serait balayée par un courant d'eau froide ou chaude..."

Et cette recommandation : "faites travailler le plus possible les malades afin de diminuer les sacrifices du département..."

C - CONDITIONS DE VIE

L'entrée

Toutes les malades viennent de l'Asile clinique de Sainte-Anne d'où elles sont réparties dans les différents services des Asiles intéressés. Elles y ont été hospitalisées pour une durée de quelques jours à quelques mois.

Les certificats nous renseignent sur la symptomatologie à l'entrée à Sainte-Anne. Nous avons relevé les signatures des Docteurs MAGNAN, CROUZON, GUIRAUD, PICHARD, BONNET, COLIN, LOGRE, SIMON, HEUYER, COURTOIR, CAPGRAS, SERIEUX, CHASLIN, CLAUDE, BOUVET ; et même quelques notes cliniques des Docteurs MARFAN et P. MARIE consultés à la fin du siècle dernier pour l'une de nos "débiles".

Ces examens initiaux sont complétés par un questionnaire rempli par la famille et nous renseigne sur le mode d'installation des troubles, le développement psychomoteur, la scolarité, les habitudes de la malade. Malheureusement les données ainsi recueillies, et qui nous sont toutes parvenues, sont souvent floues, incomplètes, rudimentaires.

C'est également à l'arrivée dans le pavillon qu'est rédigé le rapport de la surveillante. Il comporte les principales données biographiques, ainsi que les données sur le comportement à l'entrée. C'est un document vivant et spontané.

Puis les notations régulières (mensuelles) de la surveillante du pavillon nous renseignent sur la vie quotidienne.

Y sont en effet notés : les phases d'agitation, les périodes de calme. Les réactions envers les autres malades et les infirmières. En quelque sorte : le comportement social de la malade, les "bonnes" et les "mauvaises" périodes. Nous y décelons un jugement normatif préétabli, toute malade calme est une "bonne malade". Nous trouvons en effet "gentille, calme, rend de menus services..."

Les changements d'humeur apparaissent assez brutalement, avec un caractère subit et inexplicable. Tous les actes saugrenus sont notés minutieusement, ainsi par exemple : "a encore jeté son assiette par terre.." ou bien : "casse !"

Les paroxysmes déclenchent une réaction en chaîne, dont l'ordre est immuable : appel aux infirmières d'un pavillon voisin "en renfort", contention, appel à l'interne de garde qui prescrit un calmant. Puis changement de pavillon.

Dans le rapport figure aussi les remarques concernant l'appétit, le sommeil, les conduites excrémentielles de la malade, ainsi que la présentation, les soins de toilette, les vêtements, les fards.

Les conditions de vie dans le pavillon furent longtemps les suivantes : lumière en permanence dans les dortoirs ; infirmières groupées à poste fixe, pour la surveillance ; eau froide et, pour certains pavillons, toilette collective au jet, en groupant les malades dévêtues contre une paroi.

La vie quotidienne est rythmée par les événements tels que : changement de pavillon "par décision médicale, visites et permissions dans la famille.

En lisant ces notes intitulées "la vie à l'asile" et calligraphiées chaque mois sur de grandes feuilles, nous avons relevé la fréquence avec laquelle nombre de nos 31 malades proféraient des injures et maltrahaient soit leur

mère, soit le frère ou la soeur venus leur rendre visite. Ces visites se faisaient au parloir, à des jours et heures fixes. Certaines malades étaient autorisées - par les médecins - à se promener dans le parc avec un membre de leur famille qui en avait sollicité l'autorisation.

Toutes les malades ont changé au moins deux fois de pavillon au cours de leur longue hospitalisation. Mais certaines étaient transférées d'un pavillon à un autre, un nombre bien plus élevé de fois. La signification de ce transfert est toujours péjorative, ayant valeur répressive. L'on change de pavillon en cascade, toujours dans le même sens, d'un pavillon réputé actif, vers un pavillon à la discipline plus stricte.

Les malades semblent très attachées au pavillon où elles vivent, il s'agit d'un véritable petit "cosmos" qu'elles quittent avec regret. Elles en connaissent toutes les habitudes, l'équipe hospitalière et la personnalité de la surveillante impriment au pavillon son véritable visage, peu connu des médecins. Toute une vie souterraine implicite s'y déroule. Nous reviendrons sur ces rites....

Signalons aussi la sécurisation que les malades trouvent à avoir leur lit, voire leur "coin".

Il persiste encore actuellement une coutume limitée à quelques jeunes débiles du service : chacune d'entre elles possède, dans une armoire, une boîte en fer marquée à son nom qui contient des friandises (gateaux, bonbons) apportées le dimanche par ses parents lors de leur visite. A seize heures, l'infirmière préposée au dortoir distribue à chacune quelques gâteaux de sa boîte, et le malade les mange après les avoir trempés dans une tasse de lait chaud. Les parents de ces malades sont très attachés à ce rite du goûter.

Enfin l'axe de l'observation du personnel concerne les activités régulières ou intermittentes des malades. Activités dans le pavillon même : qu'elle soit collective, ménage, vaisselle, petits raccommodages, rentrée ou sortie du linge - ou qu'elle soit individuelle : tricot, ouvrage de couture, "charpie".

Les activités hors du pavillon font déjà partie des "activités réservées" aux "meilleures" malades : services généraux, buanderie ou "épluches".

C'est le lieu de citer ici des emplois privilégiés caractérisés :

- les "indifférentes" travaillent chez le médecin-chef ;
- les "récalcitrantes" pour les internes ;
- les malades très "stéréotypées" s'emploient à des activités de bureau auprès de la surveillante générale ;
- les "vives", sont porteuses de plis, commissionnaires. Du fait de l'implantation séparée des pavillons au sein du parc, d'incessantes allées et venues sont nécessaires entre chaque pavillon et les services généraux, bureaux, administration, pharmacie.

Les dossiers que nous avons étudiés comportaient encore : la correspondance entre la famille et les médecins, et surtout les "feuilles spéciales". Nous entendons ici les imprimés destinés à noter le poids, les dates des règles, les crises comitiales, les thérapeutiques.

Les feuilles de poids et de règles, pieusement conservées jusqu'à ces dernières années représentaient plusieurs centimètres d'épaisseur pour chacune des malades. Pour certaines, les règles furent ainsi relevées des années 1930 aux années 1960...

Ainsi, la vie au pavillon est organisée de façon telle que chaque geste, chaque action est prévisible le lever, la toilette, le ménage du dortoir, les courses, la visite du médecin, les repas, rythment la journée.

L'horaire et les jours des visites familiales - jeudi et dimanche - les jours de réception des familles par le médecin sont aussi fixés de façon très rigide.

Nous voudrions insister sur ce dernier aspect, rituel et routinier, de cette vie asilaire.

D - CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE : La ritualisation

Cette routine a une énorme valeur défensive contre l'anxiété. Angoisse du personnel soignant, angoisse des malades. Les gestes automatiques, répétitifs, déterminés, permettent de se soustraire au jugement. Jugement qui intervient constamment et dont nous avons vu des aspects dans les observations du personnel.

La culpabilité face à la maladie mentale, et à ce que l'on en pense, marque toutes les actions. La Psychiatrie Morale n'est pas morte avec les pratiques "institutionnelles".

En outre, apparaissent les rationalisations qui justifient ces pratiques : la vie en société nombreuse, dans un cadre spatial et humain limité rend nécessaire l'existence de REGLES -- La satisfaction (disparition de l'angoisse) naît du travail bien fait.

Sur ces critères sont sélectionnées les BONNES MALADES. Cette norme tant souhaitée, tous ont intérêt à s'en approcher, à travers elle les rapports et les contacts sont possibles et simples.

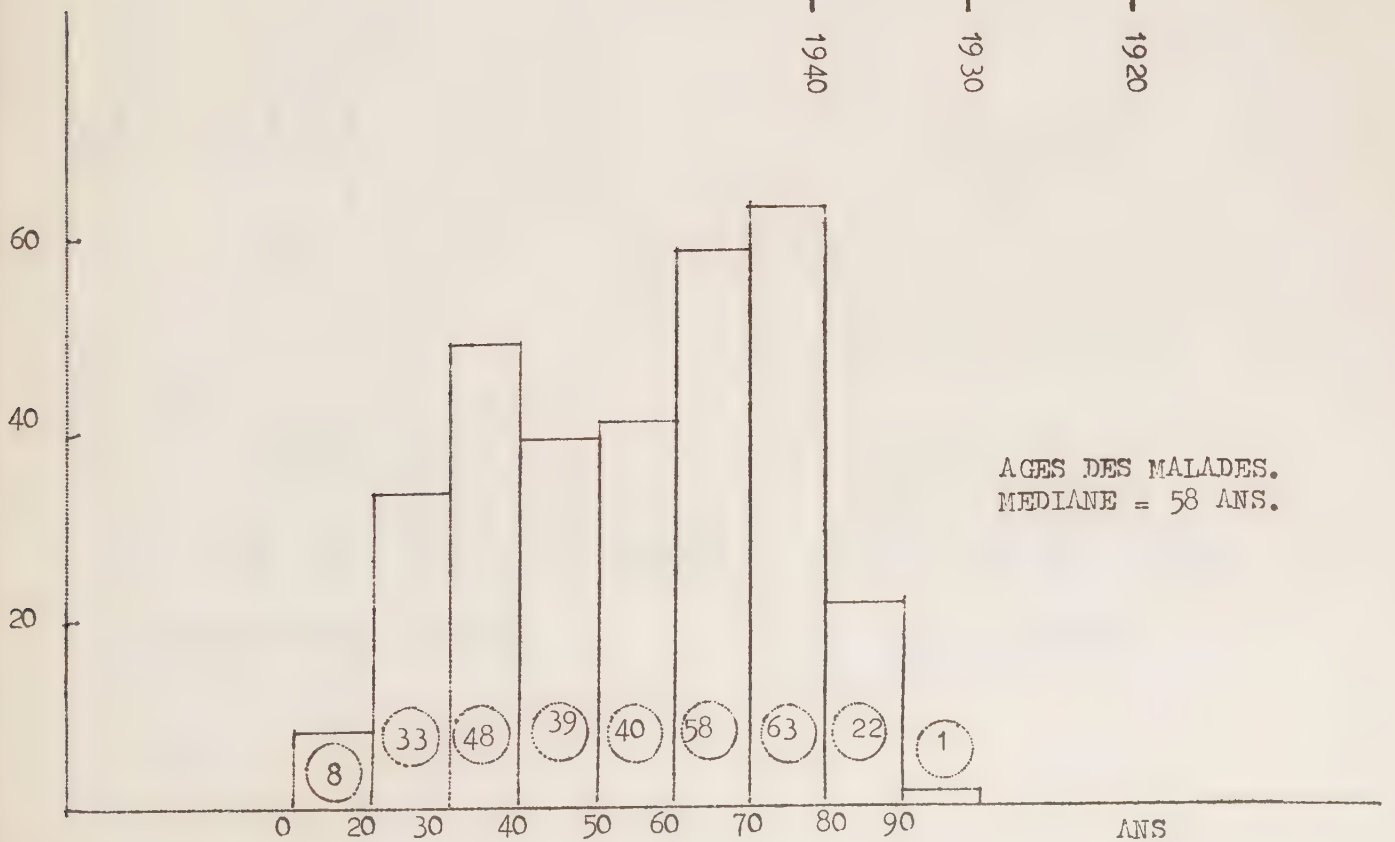
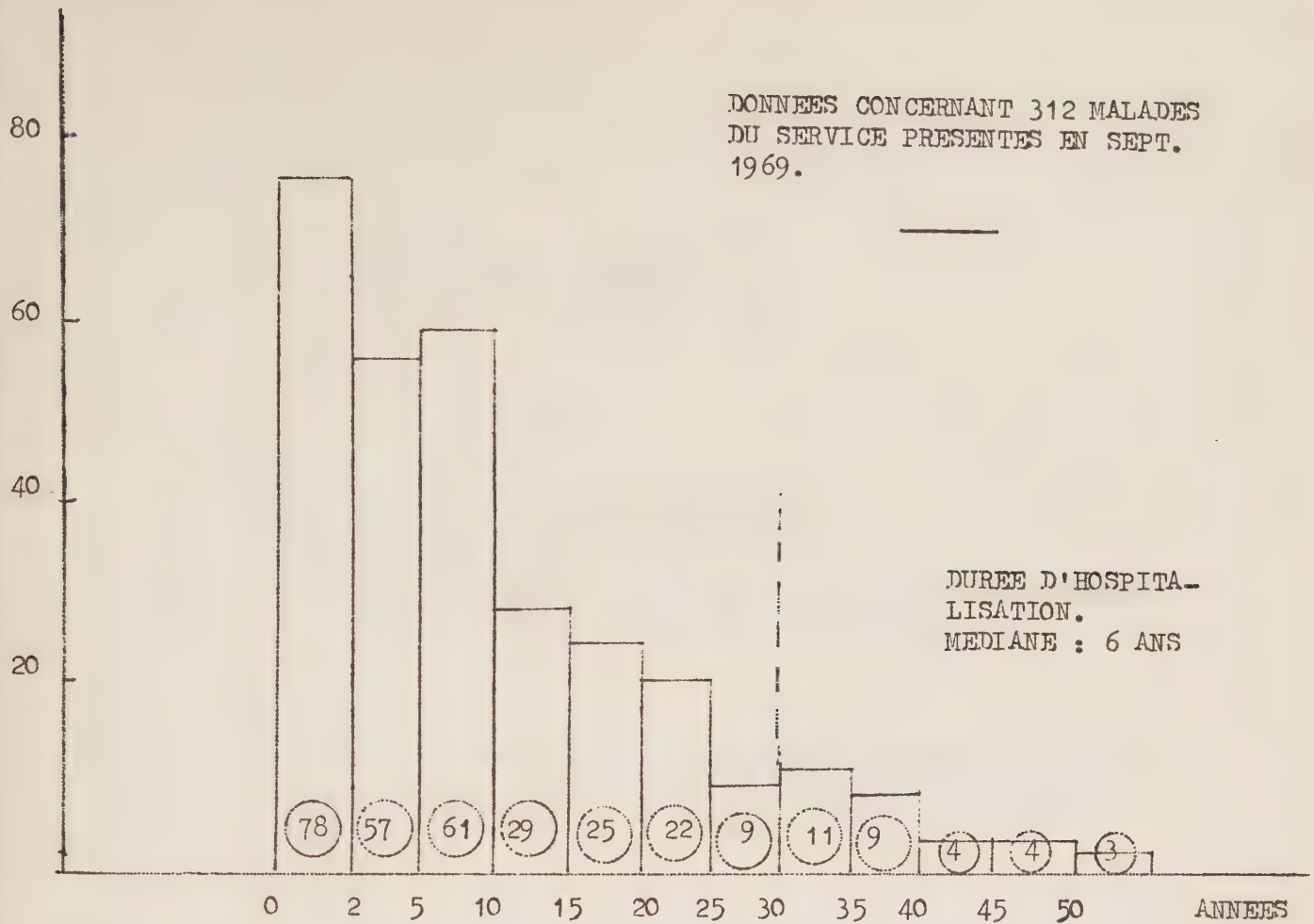
Mais aussi, cette ritualisation des activités permet un certain REPLI. L'intentionnalité disparaissant, le désinvestissement des actes est total. Pour les malades, s'amorcent ainsi les "Stéréotypies". Chacun s'isole dans son rôle. Il n'est accepté que s'il a un rôle défini, sinon, il est rejeté. Mais qui distribue les rôles ? Il semble qu'il y ait un certain accord tacite entre les désirs des uns et des autres.

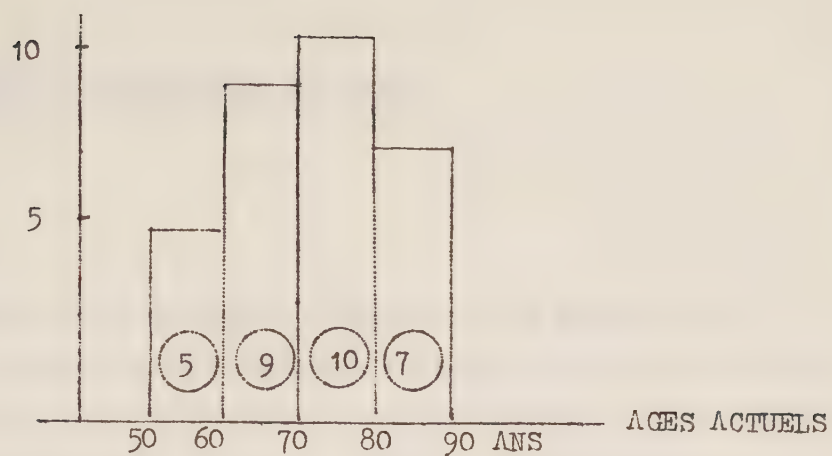
Les schizophrènes apragmatiques régressent ainsi jusqu'à un état de DEPENDANCE TOTALE. Cette dépendance est la caractéristique des malades, mais c'est aussi la preuve de la maladie.

Les infirmières se défendent contre l'investissement par le REJET et par la REIFICATION, le goût pour les objets étant la caractéristique du personnel soignant.

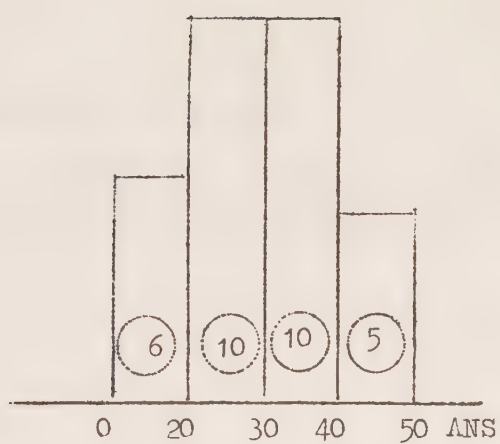
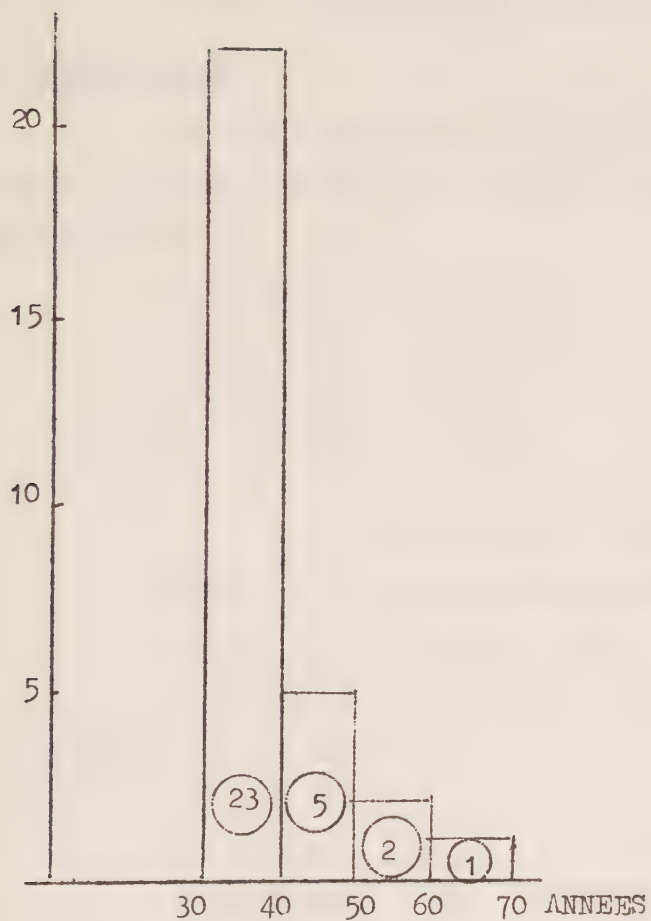
C'est ici qu'intervient la REBELLION : malpropreté, énurésie, impulsion agressive, injures aux personnes les plus sacrées. Cette opposition aux normes est culpabilisée. Elle sert également, nous le verrons, de critère pronostique tout au long de ces années de cohabitation forcée.

DONNEES CONCERNANT 312 MALADES
DU SERVICE PRESENTES EN SEPT.
1969.





DONNEES CONCERNANT
LE GROUPE DE 31 MALADES.



ESSAI DE DESCRIPTION DU GROUPE

Les dossiers que nous avons utilisés sont au nombre de 31.

Dans le Service, 313 malades étaient présentes lorsque nous avons entrepris cette étude. Ce sont donc 10 % des malades de ce Service dont nous entreprenons ici de dresser à grands traits les principales caractéristiques.

a - AGES EN 1970 -

En 1970, aucune des 31 malades n'a moins de 50 ans. La moyenne d'âge est 73 ans ; la médiane : 70 ans. Les classes d'âge se répartissent de la façon suivante :

50 à 59 ans	5 malades	16 %
60 à 69 ans	9 malades	30 %
70 à 79 ans	10 malades	32 %
80 à 89 ans	7 malades	22 %
	31 malades	100 %

Ainsi il y a 54 % (17 malades) de plus de 70 ans.

L'annuaire de l'INSEE (1961) nous fournit les chiffres suivants, en ce qui concerne la répartition de la population féminine française par groupe d'âge (de 0 à 100 ans) :

50 à 59 ans	6,1	37 %
60 à 69 ans	5,5	33 %
70 à 79 ans	3,5	21 %
80 à 89 ans	1,4	9 %
	16,5 %	100 %

Les classes d'âge 70 - 89 ans représentent $21 + 9 = 30 \%$.

La colonne de droite totalise la répartition par classes d'âge pour 100 femmes françaises de 50 à 90 ans seulement (seules classes représentées dans notre groupe de malades.)

Enfin d'une étude portant sur 1.260 malades hospitalisées en 1969 à l'hôpital de Maison-Blanche, ayant entre 16 et 99 ans, nous tirons les chiffres suivants :

50 à 59 ans	188 malades	24 %
60 à 69 ans	245 malades	31 %
70 ans et plus	347 malades	45 %
780 malades		100 %

sur 1.260, soit 62 %

La colonne de droite (%) a été établie en calculant le pourcentage représentatif de chacune des 3 classes d'âge sur 100 malades hospitalisées de plus de 50 ans.

Résumons ces résultats :

cinquantaine	16 %	37 %	24 %
soixantaine	30 %	33 %	31 %
plus de 70 ans	54 %	30 %	45 %

notre groupe de	INSEE, femmes	780 malades de 50
31 malades	de 50 à 99 ans	50 à 99 ans à
		Maison-Blanche

Nous constatons que les effectifs des classes croissent lorsque l'âge s'élève, ce qui est à l'image inverse de ce qui se passe dans la population féminine française. Les malades âgées de plus de 50 ans représentent 62 % de l'effectif hospitalier, alors que les françaises âgées de plus de 50 ans, représentent 16,5 % de la population.

En outre, pour les âges moyens de 60 à 79 ans, les pourcentages sont comparables, alors que pour les classes extrêmes de 50 à 59 ans et de 80 à 89 ans, l'effectif de nos malades est le double de l'effectif des mêmes classes d'âge de la population française. Les malades de plus de 70 ans étaient au nombre de 86 dans le Service à la fin de 1969. Si parmi les septuagénaires, seules les 86 - 17 = 69 malades admises "récemment" (il y a moins de 30 ans) sortaient, c'est 22 % des lits du Service qui seraient ainsi rendus à une destination purement psychiatrique. Nous ne pensons pas en effet que toutes les malades âgées qui, chaque année, entrent à l'hôpital psychiatrique, relèvent toutes de cette discipline.

b - DUREE D'HOSPITALISATION

Considérons les dates de première entrée à l'hôpital psychiatrique, nous obtenons les données suivantes :

Dates d'entrée	Ancienneté des troubles	Nombre de malades	%
1930 - 1940	30 - 40 ans	23	74 %
1920 - 1930	40 - 50 ans	5	16 %
1910 - 1920	50 - 60 ans	2	6 %
1900 - 1910	60 - 70 ans	1	4 %
		31	100

Rappelons que, pour Maison-Blanche, sur 1.274 dossiers consultés, nous avons relevé 102 hospitalisations de plus de 25 ans, soit approximativement 7 % de l'effectif des malades présentes fin 1969.

Pour mémoire, nous noterons qu'il y eut, pour les deux sexes, dans les hôpitaux psychiatriques français :

- en 1910 : - 74.000 malades présents
- 22.000 entrées dans l'année
- 11.000 sorties
- 8.000 décès
- 53 admissions pour 100.000 habitants.

en 1920 :

- 61.000 présents au 1er Janvier
- 23.000 entrées
- 14.000 sorties
- 7.700 décès
- 65 admissions pour 100.000 habitants

en 1930 :

- 74.000 présents au 1er Janvier
- 22.000 entrées
- 11.000 sorties
- 8.000 décès
- 53 admissions pour 100.000 habitants

en 1940 :

- 103.000 présents au 1er Janvier
- 35.000 entrées
- 20.000 sorties
- 9.000 décès
- 87 admissions pour 100.000 habitants.

Enfin, l'annuaire de l'INSEE nous fournit les chiffres suivants pour 1961 (toujours arrondis à la centaine) :

en 1961 :

- 110.000 présents au 1er Janvier
- 77.000 entrées
- 66.000 sorties
- 6.000 décès
- 167 admissions pour 100.000 habitants.

Nous reviendrons sur ces chiffres ultérieurement.

Ayant ainsi tracé à gros traits les principales caractéristiques de notre groupe de malades : septuagénaires, entrées pour les 3/4 d'entre elles entre 1930 et 1940, nous allons tenter de préciser la symptomatologie des troubles qui les ont amenées à l'hôpital psychiatrique.

CLINIQUE

a - LE DIAGNOSTIC -

Nous nous demandions au début de cette étude s'il nous serait possible d'extraire de nos dossiers des informations quant aux relations existant entre les signes cliniques ou les groupements syndromiques, et le pronostic en psychiatrie.

De très nombreux travaux ont été consacrés à l'évolution de la schizophrénie. Notre travail confirmerait, s'il en était besoin l'intérêt qui s'attache à ces études car, nous allons le voir, ce diagnostic a été celui le plus fréquemment posé dans notre trentaine d'observations.

Afin d'avoir une idée de la fréquence respective des différents diagnostics rencontrés dans les dossiers de l'hôpital, nous les avons notés tels qu'ils figurent dans les fichiers de 4 sections de Maison-Blanche. Notre relevé porte sur un total de 1.002 malades ; il fait apparaître les catégories suivantes, fin 1969 :

1° - schizophrénies	188 malades	
2° - démences séniles	175	"
3° - délires chroniques systématisés (y compris paranoïa)	180	"
4° - états d'arriération	127	"
5° - états mélancoliques	103	"
(et tous états dépressifs)		
6° - délires aigus et bouffées déli- rantes + états maniaques	86	
7° - alcoolisme chronique	74	

8° - déséquil., personal. pervers. toxicomanies.....	34	"
9° - troubles mot. épilept.....	35	"

Total	1.002 malades
-------	---------------

Notons que cette classification est très contestable, car elle comptabilise dans des catégories communes, des états relevant d'une pathologie diversifiée. Nous n'avons pas ici la prétention d'ouvrir une controverse nosologique. Remarquons seulement que seule ces 9 catégories nous ont permis de réunir des diagnostics établis dans plusieurs services, par de nombreux médecins, à des dates différentes.

Le groupe le plus nombreux à Maison-Blanche reste celui des malades schizophrènes, 19 % des 1.000 dossiers, suivi par celui des délires chroniques systématisés, 18 %. En troisième position viennent les démences séniles 17,5 %. Puis en quatrième position les états d'arriération 13 %. Enfin les troubles moteurs épileptiques, 4 %, sont en dernière position avec les déséquilibres et perversions.

Parmi nos 31 observations, les proportions s'établissent ainsi :

16 schizophrènes	53 %	de nos dossiers
10 dél. chr. syst.	33 %	"
2 épileptiques	7 %	"
4 états arrier.	13 %	"
1 syphilis		

Notons à ce propos, que l'une de nos deux malades ayant des troubles moteurs épileptiques est : psychotique - son observation figure d'ailleurs à la page 94 de la thèse de M. FOLLIN "Epilepsie et psychose discordante" et que pour l'autre malade épileptique fut porté le diagnostic d'état d'arriération.

Notons aussi que notre groupe ne comporte pas le diagnostic de "démence sénile", mais nous savons que la durée moyenne de survie des démences séniles hospitalisées (2,0 années pour les femmes dans la statistique de LARSSON et COLL.) rend totalement improbable la présence de patientes de ce type dans notre groupe de malades hospitalisées depuis plus de trente ans.

Il n'est pas exclu cependant qu'il y ait dans nos observations, en 1970, quelques malades devenues démentes séniles, et que la symptomatologie actuelle en soit marquée. Nous verrons plus loin que la symptomatologie a peu varié toutefois entre 1950 et 1970...

Le risque cumulé jusqu'à 85 ans est de 3,8 % dans la population générale, nous devrions avoir au moins une observation de démence sénile parmi nos 31 malades ; il n'est pas possible de valider une fréquence absolue aussi faible, mais nous ne pensons pas que nos malades soient particulièrement préservées de la sclérose artérielle. Ceci doit nous rendre prudent quant à l'appréciation de l'état actuel de nos malades.

Quelles conclusions pouvons-nous tirer de la comparaison des fréquences ?

Nous observons que pour le groupe des schizophrènes, la proportion est deux fois et demi plus élevée dans notre groupe d'étude. Elle est trois fois plus élevée pour les délires chroniques systématisés.

Cinq rubriques diagnostiques résument la symptomatologie de notre groupe. En fait, nous pensons qu'il nous faut d'emblée disjoindre les dossiers concernant les états d'arriération et la paralysie générale.

En effet, les problèmes soulevés par l'acuité du début des troubles, par l'évolution, par la symptomatologie même se posent en des termes bien différents pour ces affections.

Les dossiers des 2 malades répertoriés à la rubrique : "troubles moteurs épileptiques" sont inclus, nous l'avons vu, dans une autre catégorie. Il nous reste donc :

- 16 schizophrénies
- 10 délires chroniques systématisés

soit 26 dossiers

- 4 arriérations
- 1 syphilis.

Etudions de plus près ces 26 dossiers.

b - ETUDE SEMANTIQUE -

Nous en venons ici à l'étude "atomistique" de la sémiologie. Nous avons analysé les certificats médicaux établis à l'entrée, et lors du transfert des malades de l'Asile Clinique vers l'hôpital de Maison-Blanche.

Ces certificats furent établis par une vingtaine de praticiens, les premiers en 1906-1914, les derniers en 1940 ; aussi est-il très difficile de trouver une nosologie cohérente dans nos dossiers.

Cependant, nous nous efforcerons de tracer à grands traits certaines directions que nous avons cru déceler.

LE DELIRE

Si nous en exceptons les 5 dossiers concernant les états d'arriération et la paralysie générale, toutes nos observations concernant des "délires".

Hormis les nécessaires annotations concernant la forme des idées délirantes, la conception dominante entre les deux guerres semble avoir été celle basée sur les "mécanismes" générateurs, telle qu'on la retrouve dans l'oeuvre de G. de CLERAMBAULT.

Ainsi trouvons-nous, très explicitement dans deux certificats : "délire d'influence basé sur des phénomènes hallucinatoires..." et : "délire de persécution basé sur des interprétations....."

En outre, la notion d'un "automatisme mental" était portée dans 6 certificats, soit environ une fréquence de 20 %.

Les termes "délire d'influence" l'étaient 7 fois ; le terme "interprétations" : 6 fois.

Nous n'avons pas relevé le mot-clé "intuition" une seule fois dans nos dossiers.

Deux fois il est fait mention d'un mécanisme "imaginatif" ; mais surtout, le terme "hallucinations" revient 18 fois, soit environ 65 % des dossiers. Il est fait emploi à deux reprises du terme "illusions".

Nous avons dans ces dossiers une description minutieuse de tous les phénomènes d'automatisme idéiques, idéo-affectifs et sensoriels.

Cependant, comme nous le notions plus haut, la forme ou mieux le contenu du délire figure également sur l'observation, et nous trouvons entremêlées ainsi différentes "formes cliniques", le thème largement dominant étant celui de "persécution" qui revient dans 13 certificats, soit un peu moins de 50 % des dossiers.

Il est à remarquer que les deux termes : hallucination et persécution sont présents 11 fois dans le même certificat. Le terme "persécution" apparaît deux fois seul dans le dossier d'une schizophrène et dans le dossier d'une délirante chronique systématisée.

Parmi les thèmes, le plus fréquent est certainement le délire érotique (7 dossiers), puis le pysticisme (4 fois) ; la mégalomanie (2 fois) connotée par "méfiance" ou "réticence" dans ces deux certificats.

Nous souvenant de l'étude consacrée par SEGLAS aux "auto-accusateurs" nous relevâmes ce terme à 5 reprises.

Mais, s'il n'a pas la fréquence des théories mécanicistes, le concept de dégénérescence apparaît à 4 reprises. Toutes les observations qui en font état sont datées d'avant 1931. Nous y trouvons écho de la construction de MAGNAN, ces délires ayant essentiellement pour caractère le polymorphisme (terme 3 fois cité), la labilité, la variabilité des thèmes. Ainsi : "délire polymorphe d'emblée des débiles..." Ou bien, en 1923 un certificat de H. COLIN "dégénérescence mentale avec idées de persécution, alternative d'excitation et de dépression morbides, émotivité. Faible niveau intellectuel. Pas d'hallucinations. Troubles du caractère, irritabilité..."

Le terme "affaiblissement psychique" est noté dans 2 certificats comme sous-tendant un état délirant.

Enfin le terme instabilité est noté 3 fois et la désorientation : 2 fois.

LA DEMENCE PRECOCE

Pour spécifier notre groupe de schizophrènes, les signes "négatifs" sont les plus nombreux :

indifférence - désintérêt : 8 certificats
 apragmatisme - inertie - inactivité : 10 certificats
 mutisme ou semi mutisme : 4 certificats
 négativisme - opposition : 2 certificats
 catatonie : 2 certificats
 stupeur : 1 certificat.

Les notations suivantes sont également relevées :

discordance : 5 fois
 bizarreries : 3 fois
 maniérisme : 3 fois
 sourires immotivés : 2 fois
 néologismes : 1 fois
 troubles du cours de la pensée : 1 fois.

L'incohérence (du discours ou des actes) est notée dans 6 certificats.

Le terme "atypie " ou atypique : 4 fois

Le concept de "démence précoce" est employé à 4 reprises.

Enfin une fois est noté : echolalie ; deux fois : puérilisme, trois fois stéréotypies.

L'HUMEUR

Nous avons déjà noté l'athymhormie de 8 de nos malades. Nous avons retrouvé 12 fois mention de notations concernant des troubles de l'humeur ou des conduites : 7 fois sous la forme "mélancolie" ou "état dépressif" ; 3 fois sous la forme "état euphorique", "excitation maniaque". Pour 2 malades, il y eut des oscillations de l'humeur avec alternance d'état d'excitation maniaque puis d'état dépressif. Notons toutefois que cette symptomatologie maniaco-dépressive n'était jamais pure, mais s'accompagnait toujours d'éléments délirants et surtout d'hallucinations.

Pour ces 12 malades, ces notations étaient retrouvées dans les 5 années qui suivent l'hospitalisation. Elles ne sont par contre retrouvées ultérieurement que pour 2 malades. Les termes "agitation", "excitation", "tapage", "impulsions coléreuses", "irritabilité", sont notés 14 fois ; soit une fréquence de 50 %.

LA DEBILITE-

Les termes "débilité mentale" sont notés 3 fois. Nous avons relevé plus haut les termes "délire polymorphe d'emblée des débiles", "dégénérescence mentale", fond de débilité, "affaiblissement psychique". Au total, les mots ci-dessus furent utilisés pour décrire la symptomatologie de 7 malades.

Pour les 4 dossiers où furent posés les diagnostics "d'état d'arriération", les certificats initiaux sont ainsi rédigés :

Obs. N° 16 -

A 16 ans, le 11 Mai 1914, Dr. CHASLIN "imbécilité. Incapacité de subvenir à ses besoins. Méningite à 7 mois. Convulsions".

Et le 8 Novembre 1940 : "Grosse arriération. Sait à peine lire et écrire. Puérilisme. Euphorie niaise. Activité pragmatique très réduite". Le tracé E.E.G. montre une activité rapide et désynchronisée, dépourvue de rythme α , mais sans aucune image visible de lésion localisée ou diffuse.

Obs. N° 23 -

A 28 ans, le 13 septembre 1919, Dr. SERIEUX : "débilité" mentale avec épilepsie et troubles confusionnels consécutifs aux attaques". Et le 1er Mars 1922 "débilité mentale avec épilepsie. " Les crises ont débuté vers 12 ans". A l'E.E.G. : tracé de comitialité.

Obs. N° 26 -

Nous possédons dans le dossier quelques notations de P. MARIE consulté à la Salpêtrière, de MARFAN aux Enfants-Malades, de H. COLIN. Nous savons que cette malade fut placée à la fondation Vallée de 1922 à 1925 (de 6 à 9 ans) ; qu'elle fut reprise par ses parents de 1925 à 1933. Elle entre, par placement volontaire, le 13 juin 1933 (à 17 ans) ; le Dr. SIMON note : "imbécilité profonde. Vocabulaire extrêmement réduit. Variabilité d'humeur, crie pleure". Tracé E.E.G. : pas d'anomalie notable.

Obs. N° 27 -

A 23 ans, le 12 Juin 1923, H. COLIN note au sujet de cette malade, hospitalisée à 9 ans à la Salpêtrière pendant quelques mois, "imbécilité avec défaut presque complet de compréhension du langage parlé".

Ainsi, aux 7 certificats précédents, devons-nous adjoindre ces quatre dossiers-ci comportant des troubles de l'intelligence, soit 13 dossiers. Près de 45 % de nos malades furent étiquetées peu ou prou "débiles" affaiblies, dégénérées ou imbéciles.....).

c - AGES A L'ENTREE -

La distribution des âges à l'entrée est assez caractéristique. En effet, compte tenu de ce que les malades ne sont admises qu'à partir de l'âge de 16 ans dans le service, nous relevons les faits suivants concernant l'âge de la première hospitalisation :

de 16 à 20 ans	6 malades
20 à 30 ans	10 malades
30 à 40 ans	10 malades
40 à 50 ans	5 malades

31

La moyenne d'âge d'entrée de nos 31 malades fut : 30,6 ans. La médiane s'établissant à 30 ans. La dispersion, elle-même, est assez caractéristique, car si nous étudions de façon plus détaillée l'âge à l'entrée, avec des classes d'âge plus étroites, nous comptons :

3 malades de 20 à 25 ans
7 malades de 26 à 30 ans
6 malades de 31 à 35 ans
4 malades de 36 à 40 ans

Ainsi la courbe est-elle presque parfaitement symétrique de part et d'autre de l'âge de 30 ans.

Les hospitalisations précoces sont le fait, comme nous pouvions le prévoir des hétérophrènes (6 malades entrées avant 25 ans) et des états d'arriération (3 sur 4 avaient moins de 25 ans).

Quant aux hospitalisations postérieures à la trentaine, elles comportent 4 diagnostics de psychose hallucinatoire chronique sur 6 ; 4 délires chroniques systématisés sur 4 (dont 1 paraphrène) et seulement 5 schizophrènes sur les 16 malades pour lesquels nous avons relevé ce diagnostic.

d - ACUITE DU DEBUT -

Il ne nous a pas été possible de réunir suffisamment d'éléments concernant le caractère prémorbide ou les traits de caractères apparus dans l'enfance, pour que cette étude puisse avoir une valeur.

Nous référant à bon nombre d'études, nous avons cherché à mettre en évidence les liens qui pouvaient exister entre : hospitalisation de longue durée et groupements syndromiques. Les auteurs tels que KALINOWSKY, CHASE et SILVERMAN, CHENEY, CLOW, RENNIE, BLEULER, FREUDENBERG, sont tous d'accord pour écrire qu'un début aigu brutal comporte un meilleur pronostic. J.F. MATERSON étudiant un groupe de 153 adolescents a noté comme caractères favorables : un début aigu ; une symptomatologie riche. Pour BLEULER, 79 sur 89 malades furent guéris par la méthode des chocs lorsque la symptomatologie s'était installée brutalement. Pour MULLER sur 700 malades étudiés, le taux de rémission baisse de moitié lorsque l'installation des signes fût lente. De même pour HOLMBOE et ASTRUP qui suivirent 255 schizophrènes pendant 6 à 18 ans, dont 182 réexaminés personnellement par les auteurs, le pronostic est plus favorable lorsque le début est aigu : 51 % de guérison, contre 21 % lorsque le début est subaigu.

Que nous apporte l'étude de nos 31 dossiers ? Tout d'abord nous devons faire une réserve sur nos résultats : ceux-ci concernent des "délirants chroniques" - nous en excluons ici encore arriérations et syphilis - ce terme est extrêmement général et recouvre des syndromes aussi différents que diverses schizophrénies, des psychoses hallucinatoires chroniques, des "manies atypiques", etc...

Ainsi 6 dossiers sur 26 signalent un tel début aigu. Il convient cependant de discuter cette apparente acuité du début, les dossiers ne permettent pas tous de reconstituer avec une précision suffisante les faits qui ont précédé l'hospitalisation.

Les renseignements consignés sont d'origine diverses : interrogatoire direct de la malade, de la famille, correspondance avec les proches. La tolérance plus ou moins grande aux symptômes morbides intervient pour une grande part dans la décision de l'hospitalisation et dans le choix de sa date par rapport au début réel des troubles.

Notons aussi que les conditions d'habitat - maison individuelle ou appartement - jouent un rôle non négligeable.

Nous sommes en possession d'un questionnaire imprimé qui fut remis par un proche après y avoir répondu. Il s'agit très souvent du frère ou de la soeur du malade, souvent de la mère, rarement du père.

Les renseignements ainsi fournis demandent à être interprétés.

Dans les 20 autres dossiers, le début fut incontestablement progressif - soit 77 % des cas -

Quant aux facteurs précipitants, sur lesquels maints auteurs se sont également penchés, notre quête fut assez maigre : une fausse couche, un accouchement, un viol, trois "chocs émotifs" ou "traumatisme affectif", enfin un "état infectieux aigu avec angine" sont signalés. Nous n'en avons pas trouvé mention dans les 24 dossiers restants ; soit environ 90 % des cas. Ceci ne signifiant pas qu'il n'y ait pas eu un facteur précipitant, mais seulement qu'il ne fut pas suffisamment évident pour être noté lors de l'admission.

e - CONDITIONS SOCIO-CULTURELLES -

1 - HEREDITE.

Pour HOLMBOE et ASTRUP que nous avons déjà cités, l'hérédité ne paraît pas jouer un rôle pronostique.

Cependant, dans notre groupe bien particulier de malades, nous sommes frappés de constater que nous trouvons mention parmi 14 dossiers :

- 3 fois de parents suicidés,
- 6 fois d'éthylisme paternel,

ces deux éléments étant parfois associés;

- 3 fois la mère a été internée,

enfin 4 fois la mésentente des parents (qu'il s'agisse de séparation ou de divorce) semble avoir joué un rôle traumatisant dans la biographie de nos malades.

Cette médiocre image parentale (absence, décès, ou maladie) est retrouvée ainsi dans la proportion de 14 dossiers sur 30, soit 46 % des cas. Ceci nous semble tout de même devoir être signalé.

2 - SITUATION DANS LA FRATRIE.

Notre population est très particulière au point de vue de la constitution de la famille. En effet, parmi nos 31 patientes, il y a 4 aînées, 3 cadettes et 3 filles uniques. Dix sept fois la place occupée dans la fratrie est moyenne. Mais surtout il y a : 5 très grandes familles de 8 à 13 enfants, et 5 familles de 5 à 7 enfants, soit 10 familles nombreuses qui représentent 30 % de nos cas.

Il faut noter ici la situation sociale assez humble de ces grandes familles.

3 - SITUATION CONJUGALE

Rappelons ici les statistiques de l'INSEE concernant la nuptialité. Le nombre des mariages chaque année pour 1.000 habitants s'établit ainsi pour les périodes suivantes :

1901 - 1910 :	15,6 mariages annuels pour 1.000
1920 - 1924 :	22 " "
1925 - 1930 :	16,6 " "
1930 - 1934 :	15,3 " "

Dans nos dossiers, nous trouvons respectivement :

1905 à 1910 :	4 mariages
1910 à 1920 :	2 mariages
1920 à 1930 :	7 mariages
1930 à 1940 :	1 mariages

Ainsi, parmi nos 31 malades, 14 sont mariées - chacune le fût bien sûr avant la première hospitalisation.

La moitié sont restées célibataires : 17 malades, dont 4 "débiles". Mais 4 malades ont une situation conjugale "particulière" : deux sont divorcées, une veuve, une mère célibataire.

Ces mariages ont été relativement précoces :

6 furent célébrés à 22 ans - 3 à 25 ans - et un à 18 ans, un à 19 ans, un à 21 ans, à 23 et à 24 ans .

Si nous regroupons l'ensemble de ces éléments, nous observons qu'il existe assez peu de nos malades qui soient totalement à l'abandon. Sauf deux d'entre elles, toutes ont un frère, une soeur, un mari ou des parents.

Nous terminerons cette étude des conditions socio-familiales par l'étude du niveau d'instruction et d'emploi.

4 - EMPLOI - SCOLARITE

Le niveau de scolarisation de notre groupe est très sommaire.

En moyenne nos 31 malades ont quitté l'école à 12 ans. Et cinq d'entre elles seulement avaient obtenu le certificat d'études primaires. Rappelons qu'en moyenne 80.000 C.E.P. furent délivrés chaque année au cours de la période qui nous intéresse.

Il est également évident que la formation professionnelle de ces jeunes femmes fut très insuffisante et laissée au hasard. Dix-neuf d'entre elles commencèrent à travailler entre 13 et 16 ans, et leur premier emploi leur servit de formation.

La gamme des emplois est également restreinte : emplois de service à petit salaire. Ainsi 5 étaient domestiques à l'entrée à l'hôpital, 3 ouvrières d'usine, 5 d'entre elles avaient un emploi chez un artisan ; il y avait 3 couturières et une repasseuse ; un emploi de bureau était tenu par 3 d'entre elles ; enfin 7 étaient sans emploi.

5 - LIEU DE NAISSANCE - DOMICILE

Quinze de nos patientes sont nées à PARIS - Seize dans des départements aussi divers que Finistère, Oise, Haute-Saône, Doubs, Vosges, Ardennes, côtes du Nord, Eure et Loir, Sarthe, Seine et Marne, Pas de Calais, Seine-Maritime, Nièvre... Dix logeaient avec leur mari et l'avaient suivi vers PARIS à la suite de leur mariage ; douze logeaient chez leurs parents, enfin 6 de nos malades avaient un emploi comportant un logement de fonction.

L'homogénéité des domiciles (Paris, Clamart, Puteaux, Levallois, Chatillon-sous-Bagneux, Melun, Le Kremlin-Bicêtre) dans la région parisienne est le fait de la sectorisation de l'hôpital survenue vers 1955.

f - MODALITES d'HOSPITALISATION

Nous aborderons maintenant l'étude de l'évolution des troubles au cours de ces longues années d'hospitalisation. Ainsi étudierons-nous successivement : les modalités d'entrée, les traitements reçus, les sorties et permissions, enfin nous tenterons de dégager, s'il est possible, des modalités évolutives.

1 - MODES DE PLACEMENT

Les placements se répartissent assez également : 10 malades en placement d'office et 21 en placement volontaire. Tous les placements d'office sont actuellement transformés en placements volontaires. Ces transformations furent effectuées principalement en 1951, en 1957 et 1960. Enfin deux placements furent transformés en 1966 et 1967.

Les modes de placement n'ont aucune corrélation très significative avec les signes initiaux : les dix malades entrées par voie de placement d'office n'étaient pas signalées plus dangereuses, agitées ou suicidaires que les 18 malades en placement volontaire. Avec le recul, l'évolution nous a semblé très comparable dans le groupe des P.O. que dans le groupe des P.V.

Toutes les malades qui furent réhospitalisées, le furent par voie de placement d'office, sauf une, alors qu'elles furent toutes en placement volontaire lors de leur premier contact avec l'hôpital.

2 - TRAITEMENTS RECUS

Des renseignements collectés dans nos dossiers, il ressort les faits généraux suivants :

- Toutes les malades ont reçu un traitement neuroleptique à partir de 1953.

Toutes reçurent, au moins durant quelques semaines, : chlorpromazine, réserpine, et butyrophenone. Certaines de façon continue jusqu'à ce jour, d'autres par intermittence. 5 d'entre elles sont actuellement sans aucun traitement neuroleptique.

Toutes reçurent au moins 3 neuroleptiques différents, dont chlorpromazine, et butyrophénone. La fluphenazine étant ensuite le plus fréquent parmi les neuroleptiques qui ne furent pas systématiquement administrés à l'ensemble de nos 31 malades.

2 - Les "méthodes de choc" ont été utilisées pour toutes les malades, sauf les 4 malades "débiles". Il est à noter que celles-ci ne reçurent pas moins de drogues que les autres catégories de malades.

3 - Nous pouvons aussi distinguer 3 périodes :

La première avant l'introduction de la sismothérapie et des cures de Sakel.

Les méthodes de choc médicamenteux (cacodylate, thérébenthine, thilip, pyrothérapies diverses) sont d'un emploi général avant la guerre de 1940 à Maison-Blanche.

En outre les bains prolongés (4 H.) sont utilisés, dans le service, avec une grande fréquence.

Suit une période transitoire, où l'on note l'abandon des chocs médicamenteux et l'introduction de la sismothérapie, de l'insuline, souvent employée concurremment avec le cardiazol. La méthode combinée est la plus fréquente.

On rappellera qu'après l'échec de la cure de Sakel, la combinaison de la pyrothérapie et des électrochocs a donné parfois de bons résultats à P. MICHAUX.

Cette période s'étend de 1941 à 1952 environ. Puis apparaissent les notations faisant mention de "cures de sommeil" avec emploi de barbituriques.

Enfin des années 1953-1954 date l'introduction de la chlorpromazine. Il est à noter que peu après sont introduites les techniques généralisées d'ergothérapie. L'introduction des neuroleptiques permit la sortie en quelques mois d'un grand nombre de malades dans la section.

Cependant, une statistique de LABHARDT concernant l'évolution des schizophrénies traitées par la chlorpromazine donne 73 % de "guérison" pour la première année d'évolution, elle n'est que de 18 % seulement de "guérisons sociales" pour des maladies évoluant depuis plus de cinq ans.

En 1955-56 un peu moins de 1/5 des malades hospitalisées ont quitté l'hôpital.

Si l'on prend comme critère de guérison, la possibilité de vie extra-hospitalière, tout ce que nous pouvons conclure, c'est que notre groupe de malades - qui toutes reçurent de la chlorpromazine en 1953-54 - fait partie des 82 % d'échec de ces thérapeutiques appliquées tardivement. Il en est de même d'ailleurs pour les cures de Sakel où la grande majorité des auteurs s'accordent pour un chiffre de 3/4 d'échec, lors d'un traitement tardif. Si la cure fut codifiée et appliquée à la schizophrénie depuis 1932 par Manfred SAKEL, nous ne trouvons mention de son application dans le service qu'aux alentours des années 1940-1941. De très nombreux comas furent faits en 1947 et en 1951, sans doute en relation avec des motifs intimes, personnels aux médecins du service. Ainsi, ces cures furent-elles toujours entreprises pour nos 31 dossiers, auprès de malades ayant déjà un passé pathologique de quelques années.

Pour conclure ce paragraphe, nous pourrions constater que nos malades se situent dans l'importante population chez laquelle toutes les découvertes thérapeutiques furent employées successivement, lors de leur apparition, mais toujours tardivement, après de nombreuses années d'hospitalisation. Elles vécurent ces espoirs thérapeutiques successifs sans que de grandes modifications ne se fassent jour dans l'expression de leurs symptômes. Seuls en définitive les signes d'agitation, les cris, le désordre des actes furent touchés.

3 - SORTIES - PERMISSIONS

Nous avons volontairement placé ce paragraphe après celui des thérapeutiques, car il nous semble y avoir imbrication très étroite entre les traitements et les sorties.

En effet, il semble bien que c'est l'absence de modifications des symptômes qui motive, dans la majorité des cas, le refus opposé à la famille, qui souvent le demande, de laisser sortir ces malades.

Par ailleurs, le mouvement actuel des idées met l'accent sur l'effet thérapeutique de la vie extra-hospitalière. Vingt-quatre de nos malades ne sont jamais sorties depuis le jour de leur entrée à l'asile, soit 80 % environ de ces femmes.

Dans un dossier, nous avons relevé, à la fin de la première année : "est bien améliorée, pourrait sortir si elle était assurée de surveillance et de direction au dehors : m'écrire..." Mais, 4 mois plus tard une brève notation suit : "moins bien". De cette sortie, un moment envisagée, il n'est plus jamais fait mention.

Par contre, six de nos malades sont sorties après un premier séjour hospitalier. Les durées de cette vie extra-hospitalière varient de 1 à 9 ans. Elles se répartissent ainsi :

12 et 14 mois : une schizophrène
une délirante chronique

2 ans : une schizophrène

6 ans : une psychose hallucinatoire chronique
une délirante chronique

Enfin une schizophrène a été réhospitalisée en placement d'office, 9 ans après sa première hospitalisation.

N° obs.	DUREE - 1° Hosp.	Plac ^t	DUREE REMISSION	2° Plac ^t
8	20 mois	P.V.	14 mois	P.V.
9	3 mois	P.V.	9 ans	P.O.
13	3 mois	P.V.	14 mois	P.O.
17	6 mois	P.V.	6 ans	P.O.
25	6 mois	P.V.	2 ans	P.O.
26	3 mois	P.V.	6 ans	P.O.

De toute façon, il n'y a pas eu, dans nos 31 dossiers, plus d'une seule tentative de sortie, la deuxième hospitalisation étant définitive.

L'effectif des malades bénéficiant d'une fréquence de permission annuelle : NULLE, UNIQUE ou MULTIPLE se répartit ainsi :

- AUCUNE permission : 13 malades
- UNE permission/an : 9 malades
- DEUX : 3 malades
- TROIS : 6 malades
- CINQ : 1 malade

Ainsi 13 malades, près de la moitié, ne sortent jamais en permission.

4 - DIFFICULTE DES EVALUATIONS PRONOSTIQUES

Du fait de notre choix, il n'est pas question de "guérison" pour les malades de notre groupe.

Ces malades ne sortiront vraisemblablement pas du service.

Deux "issues" restent désormais envisageables pour elles : une modification symptomatologique (favorable ou défavorable) ou le décès.

Nous n'avons pas d'éléments pour l'affirmer avec certitude, mais il nous semble que ces "issues" se sont définies très tôt au cours de l'évolution, sans doute dans les deux premières années d'hospitalisation.

Il aurait été très intéressant d'avoir, en un lieu bien défini dans le dossier, une appréciation pronostique (révisable chaque année) quantifiée, ou du moins, standardisée avec des critères bien définis. Ces notations auraient permis, après l'introduction des neuroleptiques, de comparer les arguments pronostiques, leur poids, leur valeur et surtout leur réalité auprès de groupes de malades restés hospitalisés ou sortis.

Hélas les quelques notations que nous avons pu colliger sont si imprécises (si prudentes !) et si peu nombreuses qu'elles ne permettent aucune conclusion.

Cependant l'INSEE nous fournit quelques précisions à ce sujet :

Nombre de malades	Années					
	1900	1910	1920	1930	1939	1961
Présents dans les hôpitaux psychiatr. au 1er janvier	65.000	74.000	61.000	85.000	103.000	110.000
Admis dans l'année	19.200	22.000	23.000	28.000	35.000	70.000
Sortis dans l'année	10.000	11.000	14.000	16.000	20.000	66.000
Sortis / Admis	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,85
Sortis/présents	0,14	0,14	0,23	0,18	0,19	0,60
Décédés dans l'année	9.000	8.000	7.700	8.000	9.000	6.000
Décédés/présents	0,138	0,108	0,124	0,094	0,086	0,054
Décédés/admis	0,46	0,36	0,33	0,29	0,25	0,07
Décédés/sortis	0,9	0,7	0,5	0,5	0,4	0,09
Taux d'admis pour 100.000 habitants	50	53	65	67	87	167

Tableau I

Nous notons également la mortalité considérable des années de guerre, puisque de 1939 à 1946, le tableau II nous montre la progression suivante:

A n n é e s	Présents au 1 ^{er} Janv.	Admis dans l'année	DcD dans l'année
1939	103.307	34.692	9.127
1940	110.188	32.942	14.101
1941	109.958	24.018	23.577
1942	92.944	20.725	20.113
1943	69.427	17.096	10.947
1944	64.859	15.946	9.549
1945	59.503	19.326	5.970
1946	62.786	21.721	5.510

Ce travail nous a permis d'apprécier l'utilité - et la difficulté - de l'introduction de tels critères dans le dossier des malades.

Il nous a semblé que le lien entre le diagnostic et le pronostic n'était pas direct mais faisait appel à de très nombreux facteurs. Les efforts actuels tentent d'instituer des échelles d'appréciation diagnostique (qu'il nous suffise de citer les tentatives suivantes : LA PSYCHIATRIC RATING SCALE de J.R. WITTENBORG ; l'ECHELLE PSYCHIATRIQUE MULTIDIMENSIONNELLE pour malades hospitalisés (I.M.P.S.) de LOOR, D.M. Mc NAIR, C.J. KLETT et J.J. LASKY ou la BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE de J.E. OVERALL et D.R. GORHAM (B.P.R.S.)). Nous pensons qu'une réflexion analogue (essentiellement épidémiologique et statistique) permettrait d'établir les éléments d'une échelle d'évaluation pronostique.

Un des aspects de cette recherche est représenté par l'étude chiffrée des pourcentages de "guérison". Le critère le plus généralement admis étant la

SORTIE de l'hôpital et la réintégration dans la vie sociale. Les pourcentages étant, soit globaux sur l'ensemble des malades de telle ou telle communauté, soit spécifique de telle ou telle catégorie clinique de malades (schizophrènes, alcooliques).

L'introduction de nombreux facteurs (psycho-génétiques, anamnétiques, sociaux-culturels, professionnels, évolutifs) étudiés non plus un par un, mais en confrontation mutuelle nous semble désormais nécessaire dans les dossiers. Leur étude ("traitement" et "exploitation" des résultats) étant possible grâce aux ordinateurs, un certain choix initial est nécessaire (il n'est pas possible de tout noter), mais il peut être assez vaste (par exemple 77 items).

Cette étude empirique et sans "a-priori" permettrait sans doute d'affecter un "poids" bien défini à chacun des items considérés (de nul à extrêmement important) et de valider le choix de ceux-ci dans un deuxième temps.

Citons dans un même ordre d'idée, le travail de CLEIENS, BOCKER et JOCEHEIM qui présentent l'étude clinique standardisée des états schizophréniques résiduels et les possibilités thérapeutiques occupationnelles envisageables.

5 - FREQUENCE DES SORTIES

Si nous nous reportons au tableau I ci-dessus, nous constatons la remarquable constance des deux indices $\frac{M. SORTIS}{M. ADMIS}$ et $\frac{M. SORTIS}{M. PRESENTS}$ qui avoisinent respectivement 0,5 e 0,6 et 0,14 - 0,23 tout au long des années 1900 à 1939 (population totale des hôpitaux psychiatriques français). Alors que ces mêmes indices sont respectivement égaux à 0,8 et 0,6 pour 1961.

Si le nombre des sorties par rapport aux admissions augmente de 20 %, par contre le nombre des sorties par rapport au nombre de malades présents à une certaine date à l'hôpital augmente de 40 % ; ce rapport triplant entre 1939 et 1961.

Il est à remarquer que, jusqu'aux années 1930, 60 % des malades admis pour "schizophrénie" dans un hôpital risquaient fort d'y demeurer indéfiniment (BROWN 1960 - MALAMUD et RENDER 1939 - HASTINGS 1958).

Nous pouvons dire qu'au cours de 1961, 66.000 malades sont sortis - 110.000 étaient présents le 1er Janvier 1961 dans les hôpitaux - Près de 40 % ne sortirent pas cette année. Il faut bien sûr interpréter ces chiffres avec beaucoup de prudence. L'un représente un état instantané, l'autre un "débit" annuel. En outre ces chiffres englobent la population totale et très hétérogène de l'ensemble des hôpitaux publics.

6 - LES DECES

En relation avec ce que nous disions au paragraphe précédent, remarquons tout d'abord la remarquable résistance de nos malades. Le tableau I nous montre que les décès annuels oscillent autour de 10 % des malades présents (de 13 % en 1900 à 8 % en 1939) dans l'ensemble des hôpitaux psychiatriques français, pour tomber à 5 % en 1961.

Il nous faut toutefois garder présent à l'esprit les chiffres du Tableau II où le nombre des décès enregistrés en 1941-1942 représente 1/5 du nombre des malades présents dans les hôpitaux au 1er Janvier de ces mêmes années.

Ainsi pouvons-nous dire que les 31 malades de notre groupe sont des "rescapées" particulièrement "vivaces", puisqu'elles se trouvaient déjà dans les hôpitaux pendant la guerre. L'hospitalisation les aurait-elle préservées ? Nous ne pouvons le dire ; à défaut de les guérir, l'hôpital leur a donné les moyens de survivre.

Un correctif s'impose aux chiffres que nous citons : en effet rappelons que 80 % des malades atteints de démence sénile meurent dans les 2 années qui suivent leur admission. Or cette catégorie de malades représente 25 % des malades hospitalisées dans l'année à Maison-Blanche. Exactement 86 sur 313, soit 27,6 % dans le service en 1970.

f - EVOLUTION

Puisque nous n'avons pas noté "d'amélioration définitive", nous chercherons à saisir ici les "mutations symptomatiques" survenues au cours de ces longues années de vie asilaire.

Les éléments qui sont à notre disposition pour juger de l'évolution sont de deux ordres :

- Les notations du personnel qui font référence à des critères de NORMALITE. Il ne s'agit pas ici d'utiliser un système de classification, mais de consigner simplement les phénomènes qui ont retenu l'ATTENTION de l'infirmière (la surveillante) pendant le laps de temps qui sépare deux annotations successives (1 mois).

Le comportement, l'attitude, les propos de la malade sont anormaux parce qu'ils troublent la "vie du pavillon" ou qu'ils intriguent l'observateur, ils sont alors notés le jour même. Ces notations, dont il faut souligner le caractère d'obligation, se résument souvent à une litanie de termes tels que : "calme" "bien adaptée", voire : "rien à signaler".

- Les observations médicales. Celles-ci font référence aux critères habituels de l'art médical : le SYMPTOME, le SYNDROME et leur insertion dans la nosologie. Ces systèmes nosologiques sont, pour de si longues hospitalisations, multiples, hétérogènes dans un même dossier, faits d'emprunts divers aux classifications alors présentes à l'esprit du médecin examinateur.

Cette évolution nous a semblé avoir toujours été très conti nue, avec parfois de rares améliorations passagères, les seules discontinuités étant le fait de périodes d'agitation ou de négativisme. Ainsi l'état actuel est-il très semblable à celui où se trouvaient déjà nos malades en 1941, pour 28 dossiers.

Le temps s'est figé. Il semble qu'après quelques années (2 ou 3 ans) toute possibilité de mutation des symptômes soit abolie. Il est significatif de noter qu'en interrogeant ces malades toujours nous retrouvons une indifférence extraordinaire vis-à-vis du temps. Dans le pavillon, point de pendule, ni de calendrier, hormis ceux qui ornent le bureau médical. Si, bien souvent, les dates sont connues, elles ne le sont qu'à titre pourrait-on dire, purement informatif, de façon totalement désinvestie, sans aucune communication avec les événements biographiques propres. Le désir de sortie, d'évasion s'éteint très vite ainsi que toute référence à la vie extérieure à l'hôpital.

Trois observations indiquent une tentative renouvelée de sortie (N° 6 - 2 et 29), toutes trois lors de la première année. Pour l'une d'entre elles, deux tentatives d'évasion sont signalées après 3 ans d'hospitalisation et

au cours de la sixième année. Il n'en est plus jamais fait mention dans les deux autres observations. L'une des malades (obs. N° 24) réclame encore parfois ("sans y croire" dit-on) sa sortie.

Pour tenter d'apprécier d'un peu plus près ces évolutions, nous citerons quelques observations médicales.

Les observations N° 10 - 17 - 18 - 21 - 24 - 28 - 31 nous montreront une activité délirante toujours persistante :

OBS. 10 - Madame Marie R. entre à l'hôpital en décembre 1925 à 35 ans.

"Bouffée délirante polymorphe, on veut la tuer, un agent lui a fait les gros yeux avec son revolver, on lui a enlevé son fiancé ; le Christ lui apparaît pour la sauver des francs-maçons ; des voix nombreuses parlant par appareils téléphoniques l'interpellent la nuit, l'insultent. Elle répond et on la force à répondre. Elle sent deux mains, la nuit, la serrer à la gorge."

Tel est l'essentiel des certificats de 1925.

"La chanson de Java a été inventée par les femmes internées depuis la guerre, elles la font chanter dans les rues de Paris pour encourager les filles de mauvaise vie et faire la fin de filles honnêtes des Vosges qui sont ici, car la Java est une rivière des Vosges dont elles jaloussent toute la beauté"dit-elle en 1930.

Nous avons évoqué cette observation lorsque nous avons examiné les tentatives de sortie.

En Août 1926, nous lisons "est bien améliorée, pourrait sortir...", puis en Décembre 1926 "moins bien ..."

Vers 1940 apparaît un balancement rythmique qui persiste encore en 1970. Ne peut rester assise, "car les hommes se sont mis en elle".

En 1961, elle parle toujours de son fiancé... cependant l'activité délirante décroît progressivement à partir de 1948. Elle reçoit un traitement neuroleptique très minime.

De nos jours, c'est une personne de 80 ans, encore très alerte. Elle a de nombreuses occupations incessantes dans le pavillon. Parle très peu. Il faut l'interroger très longuement pour s'apercevoir d'une activité délirante sous-jacente à son discours, par ailleurs très cohérent, bien que réduit à l'essentiel. Elle est estimée de tous, ne réclame jamais rien à personne, et semble terminer ses jours de façon sereine.

Obs. 17 - Mme Anne G. est internée en 1930 à 45 ans pour "délire de persécution. Réticences serrées, mais attitude paranoïaque avec réponses hostiles et agressives, demi-aveux au sujet de l'activité néfaste de son mari et de ses voisins. Sentiments d'influence. Dépression actuelle et hargneuse avec anxiété épisodique. Excitation coléreuse au dehors, insultes, grossièretés à l'égard de ses voisins. Aurait présenté aussi des idées de grandeur, des projets mégalomaniques (épouse du Prince de Galles)."

Il est à noter qu'elle avait fait une tentative de suicide au gaz d'éclairage et que, dans l'année qui précède son hospitalisation, elle se rend fréquemment à la Justice de Paix pour des "actes sans importance". Traitant les commerçants de "torche-cul" ou de "bouffe-merde". Elle a fait un "mariage de présentation" et vivait chez ses parents. Sortait peu, exerçant son métier de couturière.

En Octobre 1944 elle était "toujours subexcitée, réticente. Avec alternance d'excitation et de calme".

En 1956, elle était encore délirante : "j'ai entendu parler du Prince de Galles par effluves, par contact d'eau, on dit toujours : effluves nationales, les ondes parlantes..."

Mme G..., à 85 ans, a une petite activité (elle épluche quelques légumes et dit chaque matin la messe pour son propre compte.). Elle écrit fréquemment à ses filles qui la prennent en permission 2 mois chaque année.

Actuellement, elle est souvent exaltée et difficile. Parfaitement contente de son sort, elle ne reçoit que de très petites doses de chlorpromazine.

OBS. 18 - Mme Isabelle K.... a 34 ans en Juillet 1931 lorsqu'elle est examinée par les Docteurs COURTOIS et CAPGRAS qui notent : "état d'excitation avec syndrome délirant le plus souvent de thèmes mystiques. Obnubilation intellectuelle, imprécision des souvenirs, orientation imparfaite. Elle est Sainte Isabelle. Invocations divines, apparitions célestes. Impression d'une force exceptionnelle, prétend guérir les malades. Chants. Menaces de violences."

L'année suivante, les certificats font état d'"excitation maniaque atypique, plaisanteries, associations par assonances, gestes bizarres, formules cabalistiques. Indifférence, maniérisme, phénomènes hallucinatoires du type onirique".

Donc après une période confusionnelle correspondant sans doute à 'une expérience délirante primaire' apparaît une phase d'excitation maniaque, enfin une conceptualisation aboutit au délire, apportant le soulagement à la malade.

En 1932 sont notées des idées de négation et de mort, puis apparition d'un vaste délire paraphrénique.: "Ici c'est la maison des morts, des gens qui reposent, je représente la mortalité".

"Ca fait au moins 1.000 ans que je traîne d'hôpital en hôpital. On a été tous endormis plus ou moins longtemps. Quand on est mort, on revit trois jours après. On n'a pas la mémoire, on voit bien qu'on est un sujet".

"Ceux qui ne sont pas alimentés après la première résurrection, deviennent ensuite comme une plainte. Une plainte humaine."

"Dans mon corps il y a environ 27 personnes. J'ai plutôt des hommes, et mon mari : des femmes. De temps en temps, il y a éclosion d'une personne, d'un animal alimentaire qu'on mange et qui repousse, ça fait deux hommes."

"J'ai un nombre innombrable d'enfants : 1.288 et 1748"

"Mon mari répare les morts. Il a beaucoup de travail".

L'état reste identique au fil des années.

En 1959 et pour la première fois depuis 1931, Mme K... part 1 mois durant l'été. Sortie qui se renouvelle désormais chaque été, elle va chez sa fille.

Mme K... est, à 73 ans, une "malade sans histoire, incuistée dans le service". Son langage laisse apparaître de nombreux néologismes et quelques hallucinations auditives sont notées lorsqu'on l'interroge.

OBS. 21 - Mme Germaine M... est hospitalisée le 4 décembre 1906 par placement volontaire à l'âge de 18 ans. Le certificat du Dr. MAGNAN indique "délire mélancolique avec hallucinations, illusions, interprétations délirantes, idées de persécution, plaintes, gémissements, tendance au suicide. Santé physique faible. Difficultés à s'alimenter."

Cependant, nous savons que "depuis longtemps Mme M... était atteinte de dérangement cérébral . Cet état ayant empiré depuis quelques temps. Elle entend qu'on froisse du papier sous son oreiller. Refuse de boire de crainte qu'on ne l'empoisonne. A essayé de se jeter par la fenêtre".

Le père de Mme M. s'est pendu en apprenant l'internement de sa fille. Le frère de notre malade lui rend alors visite, en grand deuil, et lui annonce qu'il s'agit d'une vieille tante. "Ah ! je croyais que c'était papa, j'aurais été contente !" trouve-t-on dans l'observation...

La mère de Mme M... est internée à MONT DE MARSAN depuis 1921.

De 1906 à 1970, le délire est toujours aussi actif : "il y a des choses qui se produisent, elle reçoit et transmet. Cela est transmis dans le cerveau, directement".

En 1928, elle aperçoit "des yeux la nuit, au-dessus de son lit, des machines électriques". On essaie de la "souiller tout le temps par les ondes".

Et toujours, elle s'occupe à remplir des cahiers de chiffres.

Cette personne de 82 ans, alerte, compte aujourd'hui des cailloux ou ramasse des feuilles mortes dans son mouchoir. Elle est bourrue, taquine, amusante et douce. Marmonne constamment.

Son délire est toujours luxuriant, bien souvent incohérent, l'on y relève, nombreux, des thèmes sexuels, persécutifs et des éléments négalonaniques.

Elle ne reçoit plus de neuroleptiques : ceux-ci n'ayant jamais paru modifier le comportement ou la symptomatologie. Mme M... était seulement un peu somnolente.

Notre malade est heureuse de sa modeste activité stéréotypée à l'ergothérapie.

Les éléments mélancoliques ne sont plus retrouvés après une dizaine d'années d'évolution. Nous avons par contre été frappé de la persistance des mécanismes hallucinatoires et de la pensée délirante qui ne se sont guère modifiés au cours de ces 64 ans d'internement.

Il semble que la mère de notre malade ait présenté une symptomatologie très voisine de celle de sa fille, que son internement fût continu jusqu'à son décès, et et que très vite le tableau clinique fut celui d'une démence vésanique.

OBS. 24 - Melle Zélie T... fut internée en Juillet 1931 à 38 ans par mode de placement d'office. Des idées d'influence dirigées contre son ancien amant qui lui "faisait éprouver des sensations pénibles lorsqu'il faisait l'amour avec sa rivale" ont motivé l'intervention médicale. Le certificat conclut "psychose paranoïde. Sentiment d'influence et syndrome hallucinatoire. Elle est dans le téléphone. On l'insulte".

Il semble que le début fut très progressif, vers 1924-25 où elle commence à se plaindre à sa soeur la plus proche qu'on la regarde trop dans la rue, qu'on la la suit, que ses collègues dactylographes se moquent d'elle. Puis elle est licenciée du Comité de Direction d'une Compagnie de chemin de fer où elle travaille. Sa famille est de connivence, et dès lors, elle espace ses visites à son frère et à ses trois soeurs.

Un mystère l'environne. Un jeune homme n'est pas venu à un rendez-vous. Elle est victime d'une intrigue. Dès lors, à l'hôpital, ses soupçons s'organisent, "j'ai l'impression d'avoir quelqu'un près de moi. Il agirait par télépathie. Un lorrain qui lui pèse sur le coeur. Il y avait des choses sur ma naissance que je ne savais pas".

En 1951, sa soeur n'ose pas la prendre en permission car elle craint que Mme T... ne veuille pas dès lors revenir dans le service.

En 1968, après 36 ans d'internement, elle réclame encore avec insistance sa sortie, et le délire est toujours très actif : l'Archevêque T. a écrit une chronique latine. Il faudrait déchiffrer cela. Il y a quelque chose d'incompréhensible du côté de ses parents - c'est du latin !

C'est aujourd'hui une dame de 77 ans, qui tricote chaque jour, savonne tous les soirs avec soin son linge. Elle est "calme, aimable, mais distante" et ne reste jamais inactive.

Elle parle souvent de son pays (Fontainebleau) et demande la marche à suivre pour quitter l'hôpital.

OBS. 28 - Mme Anne G... est internée pour la première fois du 13 Novembre 1931 au 20 Février 1932 en placement volontaire. Elle sera réhospitalisée par voie de placement d'office en Avril 1938.

Dixième enfant d'une famille de 12, elle est cuisinière lorsque le Dr. COURTOIS la voit pour un "état anxieux en rapport avec un syndrome hallucinatoire. Depuis plusieurs mois, elle est sous l'influence d'une somnambule. On répète tout ce qu'elle fait, on l'insulte, on lui donne des ordres. Electricité, odeurs, aliments empoisonnés. Idées de suicide. Opposition".

Au début de l'année suivante, l'amélioration ayant paru suffisante ainsi que la réduction de ses conceptions délirantes, la sortie est prononcée. Elle reprend son travail pendant 6 ans.

Mais, en Avril 1938, nouvelle réhospitalisation pour "psychose hallucinatoire. Hallucinations auditives. Entend des voix qui lui disent des grossièretés et la menacent. Répond parfois à ses interlocuteurs imaginaires quand elle est poussée à bout. Pas de systématisation nette. Ne présente pas actuellement de signes de la série dépressive. Conscience relative de l'état morbide : réactions anxieuses, peur, cris, tapage".

En novembre 1938, le Dr. VIE note : "actuellement il semble que les hallucinations disparaissent", mais en 1943 : "Pas de changement". La surdité, notée en 1931, est dès lors totale.

A 85 ans, Mme G... est encore très active, elle tricote et repasse. Reçoit chaque mois la visite de sa fille, mais ne sort pas de l'hôpital. Elle est même inquiète parfois car elle craint qu'on l'appelle : si on allait la faire sortir ! elle redoute cette éventualité.

Nous la trouvons souvent en train de soliloquer. Le délire n'est pas difficile à mettre en évidence, pour peu qu'on l'interroge : "Le serpent Julien est désagréable avec mes enfants. Il les empêche de venir me voir. Le serpent se sert de moi pour savoir quelque chose". Elle ajoute qu'il veut son fil sur elle, les autres qui viennent quelquefois autour d'elle, elle ne les connaît pas...

OBS. 31 - Mme A.L... est à Maison-Blanche depuis 38 ans. Elle avait 42 ans, lorsque le 16 Juillet 1932, elle fut internée pour "agitation insolite accompagnée parfois de cris et de trépignements ; elle explique qu'elle est en proie à un mystère que ne peuvent comprendre que les personnes éclairées : qu'elle est guettée par des ennemis ; qu'elle-même, son mari, ses enfants sont menacés de terribles malheurs. Il s'y ajoute - note le Dr. SIMON - un élément mystique caractérisé par ce fait qu'elle se rend à toute heure du jour à l'église, et veut faire des aumônes pour se racheter et se sauver. Par instant, son exaltation s'accroît et elle profère des menaces. La parole est saccadée et par moments hêlée et un peu confuse. Les yeux sont brillants et par instants fixes. Elle donne l'aspect d'une malade en proie à une excitation maniaque ; en somme, il s'agit d'un état de délire avec insomnie, agitation, confusion des idées, hallucinations, idées de persécution".

Deuxième d'une famille de 5, la soeur de sa mère fut internée pour un "délire de persécution". Elle s'est mariée peu avant la guerre, a eu un fils en 1917, elle est couturière lorsqu'en janvier 1932, progressivement, son comportement inquiète ses proches. Elle achète des livres spiritos et dit à sa soeur qu'elle est recherchée car elle a vendu la France. Elle entend dire qu'on recherche Georgette-Jeanne. Il se passe des choses très graves, des crimes... elle le sait par les ondes qu'elle interroge, tantôt devant les radiateurs, tantôt devant les murs.

Dès lors, aucune amélioration n'apparaît.

Elle ne reconnaît pas son mari qui vient régulièrement la voir : il est transformé. Surviennent des alternances d'anxiété et d'agitation où elle déclame. La sismothérapie ne modifie pas son état. Ni les neuroleptiques.

En 1958 elle sort parfois avec les infirmières. Elle est mélancolique. Mais adaptée, humble, serviable. Préoccupée d'avoir entendu crier son fils. Ce fils, dont elle n'a plus de nouvelles depuis la guerre, lui écrit en 1959 : 1959 : il est garçon de ferme, dans les Vosges.

Dès lors, c'est de façon assez fréquente qu'elle verra son mari, (décédé depuis quelques années) et entendra sa voix. En effet il avait de nombreux sosies. Son fils crie la nuit. Il veut la voir ; mais il est enfermé au fond de l'hôpital.

C'est aujourd'hui une petite femme de 80 ans, qui conserve un semblant d'activité. Elle se rend en effet chaque jour à l'atelier d'ergothérapie. Son attitude est parfaitement routinière, mais de temps à autres, elle "s'énerv", refuse de s'alimenter et se couche. C'est alors qu'elle entend la voix de son fils enfermé dans la cave.

oOo

A l'inverse, examinons ici maintenant quelques exemples d'évolution vers un état beaucoup moins luxuriant, où l'aspect déficitaire prédomine :

OBS . 6 - Mademoiselle Ernestine C... est hospitalisée en Février 1938 pour un "état dépressif atypique avec inhibition psychique, apathie, inertie, indifférence, sourires immotivés. Réponses pauvres, imprécisions, soliloques".

Melle C... est la 4e et avant dernière enfant. Ses parents ont divorcé lorsqu'elle avait dix ans à la suite de l'inconduite maternelle. Elle vit avec son père et ses frères et soeurs à PARIS où elle poursuit sa scolarité jusqu'à 13 ans, âge auquel elle échoue au C.E.P. Dès lors, elle travaille comme couturière au foyer.

A 21 ans, elle rompt ses fiançailles après 6 mois. Elle fut toujours un peu rêveuse - dira-t-on.

A 25 ans, elle "prend une chambre en ville", mais sa famille s'inquiète car bientôt son comportement intrigue : elle est anorectique, insomniaque, cesse de se laver et fait de fréquentes colères. Les voisins se plaignent du tapage nocturne : elle traîne en effet chaque nuit des meubles contre la porte ; elle entendait quelqu'un l'appeler.

En 1938, elle a 28 ans. Sa soeur aînée a été hospitalisée aussi à Maison-Blanche à deux reprises dans les années précédentes pour un état dépressif.

Au cours de cette première année d'internement, elle réalise quelques tentatives d'évasion. Et l'on note en 1939 qu'elle n'a qu'une idée fixe : "partir". Elle "discute avec ses voix devant les radiateurs". En outre, les infirmières craignent son impulsivité. Elle se lève en effet fréquemment pour aller frapper une voisine.

Diverses thérapeutiques de choc ne modifient guère la symptomatologie. Elle reçoit de très nombreuses visites de sa famille.

Huit ans après son entrée dans le service, nous trouvons la notation suivante : "indifférente à tout, son plus grand désir est de prolonger son séjour ici".

Elle insulte et injurie régulièrement son père lors de ses visites.

Chaque été, elle part 2 mois avec sa soeur qui signale qu'elle ne s'adapterait pas à la vie familiale, et se plaint bien mieux à l'hôpital.

Mlle C... est une petite femme maigre et silencieuse qui ne paraît pas même ses 60 ans.

Son comportement est fait de stéréotypies et de persévérations minutieuses. Elle est très dissociée et déréalisée, totalement inaffective, les quelques réponses que l'on obtient d'elle avec docilité sont la marque d'une pensée floue et paralogique. Elle vague à ses petites occupations quotidiennes, tout en soliloquant de façon imperceptible.

La lecture de cette observation nous laisse l'impression que le temps s'est arrêté, figé pour Mlle C... aux alentours de 1939. Elle est restée telle, depuis, sans même paraître vieillir...

OBS. N° 1 - Au contraire, l'observation suivante nous donnera l'occasion de décrire une évolution beaucoup moins monotone ; en effet : Mme Marcelle A.... entre pour la première fois dans le service en Avril 1937 à 30 ans. Ses parents

étaient cultivateurs en Haute-Saône. Elle eut une scolarité irrégulière, elle n'allait à l'école que l'hiver. Elle est l'aînée de 5 avec un frère jumeau et 3 jeunes sœurs. Elle se marie à 22 ans et vient habiter la région parisienne où elle travaille comme guillocheuse dans une fabrique de stylos. Après un premier épisode dépressif de quelques mois dans l'année qui suit son mariage, elle semble s'être remise, lorsqu'en 1936 elle est violée par son chef d'atelier. Dès lors, elle redevient triste : "Je n'ai plus de vie en moi - dit-elle - Je n'aurai plus jamais d'enthousiasme. Dans les yeux des gens, on se rend compte de leur état d'âme. C'est la nature qui n'est plus en moi".

Elle accepte avec indifférence de ne pas avoir d'enfant, et fait de fréquentes comparaisons à qui veut l'entendre entre le plaisir récent et les relations rares et insuffisantes avec son mari.

Le premier certificat est ainsi rédigé : "mélancolie anxieuse, culpabilité, auto-accusation, influence, tentative de strangulation, indignité, incurabilité, magnétisme qui la font agir malgré elle".

Elle sort en Octobre 1937.

Mais en Février de l'année suivante, elle est de nouveau internée pour 2 ans : "mélancolie anxieuse. Tentative de suicide. Quelques troubles du cours de la pensée et quelques discordances" composent la symptomatologie à l'entrée. Bien vite apparaît un état de "stupeur atypique post-mélancolique et sans doute symptomatique de démence précoce". Le traitement par cardiazol (11 injections en 1939) est un échec. Un gâtisme intermittent apparaît avec des périodes d'impulsivité.

Des traitements divers lui sont successivement appliqués au cours de cette période : ondes courtes, bains prolongés, gardénal, somnifère, cacodylate...

L'état s'améliore soudain suffisamment pour qu'elle sorte au début de l'an 1941.

Hélas, une troisième hospitalisation ne devait pas tarder.

En Avril 1942, elle est admise pour "démence précoce avec affaiblissement notable".

Là encore, de nombreux traitements sont tentés : thi-lip ; en 1951: 8 injections de Maxiton ; puis insuline ; électrochocs en 1952 ; chlorpromazine en en Avril 1953 ; cure de sommeil (Largactil + Eunotal + Nembutal) en 1954. Dès lors, cette même année, l'agitation continuelle et le gâtisme cèdent. Et les notations font alors état d'une amélioration. La sédation de l'impulsivité rend possible de courtes permissions chez sa mère.

Actuellement, bien qu'elle soit extrêmement "déficitaire" elle a une activité régulière à l'ergothérapie. Se présente de façon beaucoup moins figée avec une certaine vivacité dans les réponses.

Il semble à la lecture de cette observation que le traitement neuro-leptique entrepris en 1953 ait permis une certaine re-socialisation, cependant qu'était ainsi mis en évidence le versant déficitaire de l'affection.

OBS. 2 - L'observation suivante sera en relatif contraste avec celle que nous venons de relater.

Mme Jeanne B... est née dans un petit bourg du Finistère. Ses parents étaient fermiers. Elle a 10 ans lorsque son père, éthylique, est interné à QUIMPER où il mourra en 1921.

Elle vit avec sa mère, asthmatique, jusqu'à 23 ans.

Sa scolarité, jusqu'à 11 ans, est très rudimentaire : elle sait à peine lire et écrire et s'occupe surtout de sa mère malade et de sa jeune soeur.

Elle vient à PARIS en 1922 à 23 ans, où elle est domestique. Se marie avec un terrassier en 1924. Une fille naît dans l'année qui suit son mariage. En 1934 elle cesse de travailler. Elle se plaint en effet à son mari et à sa fille de 14 ans de la méchanceté des gens à son égard. Elle craint les voisins, on la regarde dans la rue. On marche droit sur elle. On répète ses pensées. On lui fait humer de mauvaises odeurs.

Elle est hospitalisée pour divers prétextes à la Pitié, et, en Janvier 1936, elle est internée. "Troubles psychopathiques : idées de damnation, de persécution, on a pris son mari et sa fille. Hallucinations sensorielles, frayeurs, cris, agitation psychomotrice. Anxiété pantophobiques".

Tel est le certificat d'entrée, qui se termine ainsi : "bouffée aigue polymorphe à base anxieuse".

Après une courte période de semi-mutisme avec paroles incohérentes, d'hallucinations auditives (appels auxquels elle obéit) entrecoupée d'agitation, s'installe un état dépressif avec bradypsychie. Les hallucinations, l'agitation, l'anxiété cèdent en 3 semaines.

Mme B... sort au début d'Avril 1936.

Elle est réhospitalisée en Juillet 1941 : "psychose paranoïde probable. Idées délirantes de substitution de personne : sa fille Denise est la fille de son mari, mais pas la sienne. Elle n'est pas née dans le Finistère, mais à PARIS. Elle a plusieurs filles, jamais les mêmes. Indifférence. Sourires discordants. Propos bizarres et incohérents. Méfiance ? Réticence. Attitude et gestes stéréotypés. Epilation du cuir chevelu aux régions frontales et pariétales".

Les thérapeutiques successives ne parviennent pas à modifier cet état de désintérêt, d'inactivité et d'incurie qui s'installe progressivement. Elle méconnaît sa fille et son mari qui viennent la voir chaque dimanche. Elle s'épile pour éviter les sensations qu'on lui envoie ; et exprime des idées de transformation profonde de la personnalité.

Elle fait de nombreux essais pour sortir de l'hôpital jusqu'en 1950.

Elle reçoit de la chlorpromazine en Juin 1955. Les neuroleptiques ne font qu'accroître les conduites oppositionnelles avec négativisme, rétivité et maniérisme.

Son langage est bredouillé et réduit. "C'est défendu de parler comme ça" nous répond-elle si l'on tente de vaincre ce semi-mutisme.

Sa fille, restée célibataire, la reçoit en permission quelques jours chaque année depuis 1956.

Mme B... a aujourd'hui 71 ans. Elle reste totalement inactive et refuse toute occupation qu'on lui propose.

Cette observation nous a fourni l'occasion de voir s'installer un mutisme de façon contemporaine à un traitement neuroleptique trop tardif.

Les observations suivantes nous en fourniront encore 2 exemples.

C'est le cas de notre :

OBS. 29 - concernant Mme Adelaïde V..., qui est hospitalisée à Sainte-Anne en Juin 1938 à 31 ans pour "mélancolie anxieuse avec idées d'indignité, d'auto-accusation : elle est criminelle, elle a tué sa mère, sa sœur. Idées de suicide manifestées depuis hier pour se punir de ses crimes. Hallucinations auditives : elle entend la voix de son père, de sa sœur et surtout la voix de sa conscience". En 1933 le Dr. CLAUDE note à son propos : "dépression mélancolique". En 1940, le Dr. BOUVET : schizophrénie de type paranoïde. Début par dépression atypique. Traitée par insuline et cardiazol, transfert à Maison-Blanche."

L'évolution va se faire progressivement de 1941 à 1955 vers un mutisme total.

Ce sont tout d'abord des stéréotypies verbales avec de nombreux néologismes ; des barrages, des troubles du cours de la pensée.

Une coprophagie épisodique : "je mange la merde parce que c'est la mienne" et une inactivité totale.

Puis une fixité des attitudes, prélude à une phase catatonique.

L'impulsivité a disparu en 1951.

Un traitement par le Serpasil met fin à la coprophagie et aux tendances au maintien des attitudes. En 1956 l'amélioration se poursuit : la malade est calme, s'occupe chaque matin du ménage dans le pavillon.

Un arrêt du Serpasil est suivi d'une rechute avec mutisme.

La thérapeutique est donc reprise en 1958. L'on assiste alors à une réduction considérable du désintérêt, avec persistance d'un résidu stéréotypé de l'ancien délire.

Mme V... a aujourd'hui 63 ans. Sous une certaine euphorie passive elle n'e n'exprime spontanément aucun délire. Elle reste très silencieuse. Cependant,

à l'issue d'un entretien, elle nous apprend qu'elle a tué le curé de Notre-Dame de PARIS, sans vouloir (ni pouvoir) nous en dire plus. Elle reçoit une dose quotidienne minime d'halopéridol.

OBS. 4 - L'observation de Madame Esther B..., nous livre des éléments identiques.

Cette personne est née en 1915 à Puteaux. Elle est la 9e de 10 enfants. Avait, apprend-on, dans l'enfance, un caractère très gai et enjoué. Passe son C.E.P. avec succès, puis un concours pour une place dans la fonction publique ; place qu'elle abandonne bientôt pour exercer diverses activités, travaillant chez une giletière, dans un atelier de cartonnage, chez une mercière. La discipline, au sein de cette nombreuse famille, était très stricte. Elle se plaint souvent d'avoir des parents "un peu vieux-jeu". On la décrit comme une adolescente un peu fière, ne parlant pas à tout le monde.

Elle cesse son travail 4 ans avant d'être hospitalisée, pour rester au domicile afin d'élever sa nièce.

Le début des troubles est décrit comme rapide par l'entourage. Ce sont des crises de larmes. Elle croit à un complot, se sent mourir, réclame les siens, sent sa tête s'ouvrir en deux.

Elle est hospitalisée en Mars 1938, à 22 ans. Le certificat fait état de craintes concernant la nourriture - destinée à la rendre insensible à tout - de craintes concernant sa religion qu'elle a perdue, et sa nationalité dont elle a changé. Elle a des hallucinations auditives et visuelles : "on parle d'elle, elle voit des batailles".

En Avril 1938 se dessine une amélioration, elle demande alors qu'on l'aide à retrouver ses idées nettes et à être comme tout le monde. Mais en Juin 1938 les hallucinations auditives ressurgissent, ainsi que sa perplexité concernant son identité.

Puis survient une longue période d'agitation avec cris, chants, pleurs. L'anxiété est vive. Elle reçoit un traitement par nucléinate.

L'année suivante, à la logorrhée succède une période d'aprogramatisme avec inertie, incontinence et conduites d'opposition. Son langage devient puéril.

Thi-lip et cardiazol sont tentés en vain.

Vers 1950 le mutisme est complet. Les notations concernant le langage disparaissent de l'observation. Seules persistent les notes concernant son, comportement diurne et nocturne, ses refus de se vêtir, de s'alimenter, ses conduites sphinctériennes.

L'institution d'un traitement neuroleptique permet des essais intermittents d'ergothérapie à partir de 1956. (Résérpine - chlorpromazine puis halopéridol, fluphénazine). Quelques améliorations passagères furent mises à profit pour de courtes permissions chez l'une de ses sœurs.

Enfin l'OBS. 30 - concerne Melle Valentine P...

Elle avait 21 ans, lorsque son père éthylique se suicide en 1917 à 40 ans, laissant 4 enfants. Notre malade a deux sœurs et 1 frère plus jeunes qu'elle. Après une scolarité poursuivie jusqu'à 13 ans, Mme P... travaille à 16 ans comme domestique. Elle vit avec l'une de ses sœurs, paisiblement hormis une syphilis contractée en 1926 et traitée durant 6 ans.

En février 1935, elle a 38 ans lorsqu'en P.O. elle est conduite à l'admission de Sainte-Anne. Le Dr. LOGRE qui la voit rédige le certificat d'internement suivant : "Automatisme mental, hallucinations multiples, interprétations morbides, idées délirantes de persécution, d'influence et de grandeur. On l'a suggestionnée, notamment par le gaz, les odeurs de poudre de riz, etc... Son cerveau dans ces conditions se resserre, elle tomberait en syncope. On fait des expériences sur elle. Transmission de pensée, mais elle aussi devine la pensée des autres, voix intérieure, dit-elle. Ses aliments sont empoisonnés. On lui trafique le corps et les organes génitaux à l'électricité. Elle est sainte, elle est l'élève de Dieu. Elle a en elle l'Esprit Saint qui lutte avec le mauvais esprit. Le persécuteur est un médium. C'est un souteneur qui veut la faire passer pour sa maîtresse. Délirerait depuis un an d'après les renseignements fournis par elle. Ces troubles auraient commencé à l'occasion d'une menstruation et s'accroîteraient encore au moment des règles. Volubilité, irritabilité. Récriminations, pleurs ; s'est précipitée dans la rue sur deux passantes qu'elle a gifflées parce qu'elles disaient : "C'est une folle, elle travaille du chapeau." D'où arrestation. Syphilis, par envoutement, dit-elle".

Les phénomènes d'automatisme mental s'atténueront progressivement de 1938 à 1948. Le placement est alors transformé. Cela permet à sa soeur de la prendre chez elle quatre à six fois par an pour quelques jours.

En 1950, elle commence à travailler régulièrement dans les ateliers d'ergothérapie. Elle est douce, passive, avec des périodes où elle est très logorrhéique. Alors ressurgissent les éléments hallucinatoires qui sous-tendent son délire "on me parle... on devine ma pensée... on agit sur mon corps". L'odeur de poudre de riz est de nouveau perçue.

Mme P... a aujourd'hui 74 ans. Elle est très puérile, joue à la poupée, chante avec une petite voix pointue, suce l'un de ses doigts. Elle parle à peine. Sa soeur est extrêmement rigide et exigeante. Elle nourrit une très volumineuse correspondance avec le service. En effet, lors des sorties, elle conduit Mme P... chez divers dermatologues de la région parisienne pour un eczéma récidivant, et insiste dans chacun de ses écrits de façon très précise pour que soient prises "au pied de la lettre" - telle est son expression - les instructions des consultants successifs.

Telles sont résumées 13 de nos observations. Nous avons tenté de systématiser le déroulement de l'hospitalisation et l'état actuel sous lequel se présente ces malades.

Il nous semble possible de décrire les 2 tableaux suivants :

- d'une part, les "DEFICITAIRES" qui ne travaillent pas, sont souvent mutiques ou peu bavardes, très ritualisées, elles sont dépendantes des infirmières pour un grand nombre d'activités quotidiennes : conduites alimentaires, sphinctériennes ou de propreté. L'une d'entre elle a regressé à un stade d'extrême puérilité.
- d'autre part, les "ADAPTEES", souvent passives, une stimulation journalière et répétée est nécessaire, mais suffisante pour maintenir une certaine activité.

Parfois, cependant, actives, ces malades sont alors soit très délirantes encore aujourd'hui, soit totalement inactives et dévitalisées avec des modes de conduite totalement automatiques (véritables : "robot au travail").

Qu'on nous permette de terminer cette étude en glanant dans les observations des surveillantes les expressions qui nous ont semblé les plus caractéristiques :

1 - L'AGRESSIVITE sous-tendant le désordre des actes et des paroles, est la notation de loin la plus fréquente. "Très excitée, lit-on, frappe les voisines ; chante et crie ; a dû être maintenue ; grossière ; très récalcitrante ; malhonnête ; répond aux infirmières, injurie ; se griffe, se mord, se cogne."

Inversement l'on trouve à divers endroits : "malade sans histoires ; docile... ; converse avec les infirmières... ; douce, sympathique... ; bonne malade..."

2 - La notion de RENTABILITE sociale, très liée à la culpabilité, "il faut occuper les malades", ... et M. BOURNEVILLE "faites travailler...." revient également comme référence constante :

S'occupe, aide, petits travaux dans le service.....

Tricote, raccommode, brode

Travaille à la buanderie.....

Travaille aux épluches.....

ou bien, inversement, vécu sur un mode très normatif :

Reste au lit, malpropre...

Refuse de se lever....

Inactive, passive....

Nonchalante, discute....

Nous ne sommes pas souvent éloignés du mutisme ou des stéréotypies :

répète toujours les mêmes phrases...

Dit la messe...

Réclame son mari décédé...

Aligne des chiffres sur son cahier...

3 - L'isolation et l'INAFECTIVITE sont relevées :

A l'air de se moquer de tout ...

N'a aucune réaction ...

Ne se soucie d'aucune chose...

Ne parle à personne....

Très indifférente à tout ce qui se passe autour d'elle...

Assise par terre, la tête entre les genoux..."

Ainsi se dégagent surtout le versant négatif des troubles : négativisme, opposition, inertie ou dénégaration.

4 - Enfin le versant POSITIF est représenté par les productions pathologiques.

Le contenu mental est si varié, si polymorphe, qu'il est bien difficile de systématiser.

"Répond à ses voix, discute devant le radiateur ...

Toujours très délirante

Marmonne, déclame...

Se maquille à l'excès...

Correspondance abondante..."

lit-on au fil de ces années. Et progressivement, nous l'avons vu, ces notations changent, les comportements se figent, se fixent. Il nous faut aussi faire la part du vieillissement, ces malades, nous l'avons vu, sont aujourd'hui septuagénaires, ayant toutes 30 ans de vie asilaire derrière elles.

La "maladie" est-elle seule responsable de l'état où elles se trouvent, état identique, nous l'avons noté, à celui où elles se trouvaient déjà lorsqu'elles avaient 20 ans de moins ?

Il ne nous est pas possible hélas, au terme de cette étude, de répondre à cette question. Nous avons seulement tenté une approche, bien modeste, du problème que pose à l'organisation hospitalière la maladie mentale.

CONCLUSIONS

Nous avons tenté de décrire un groupe de 31 malades qui ont passé la plus grande partie de leur vie à l'hôpital psychiatrique et y termineront leurs jours.

Dans une première partie, nous avons cherché à connaître les conditions de cette hospitalisation, et le cadre dans lequel ces 31 patientes ont vécu pendant plus de trente années.

Le service fut édifié sur les bases du rapport de BOURNEVILLE, conçu en 1896. Certes, nous pouvons aujourd'hui critiquer les critères du Maître, héritage des conceptions du XIX^e siècle, en effet PINEL et ESQUIROL dans leurs écrits n'envisagent pas autrement la répartition des malades - toute marquée d'une logique cartésienne - en des pavillons différenciés et échelonnée. Ce programme d'une "section d'épileptiques, d'hystériques et d'alcooliques" est fort désuet en 1970. Aussi, le service, bien qu'il fut modernisé récemment n'est-il pas, quant à son architecture, parfaitement adapté aux exigences d'une institution thérapeutique moderne.

Qu'on ne se méprenne pas sur nos propos : nous voulons dire que la conception des pavillons, au sein d'un hôpital de 3.000 malades (population très proche de Maison-Blanche) n'est pas idéale, et marque toute démarche thérapeutique.

Nous nous permettons d'évoquer ici, à titre d'exemple, le "problème de la mixité", ou celui posé par l'exil de certaines patientes habitant à

Boulogne-Billancourt et qui sont accueillies dans deux pavillons sectorisés de cet hôpital de l'Est Parisien : l'assistante sociale du secteur étant ainsi tenue à de fort longs voyages. Et que dire des parents de nos malades qui ne sont certes pas encouragés aux visites fréquentes.

Seize malades sont originaires de province. Toutes, sauf deux d'entre elles, habitaient Paris ou sa banlieue à l'époque de leur hospitalisation, ce fait étant dû à la sectorisation intervenue vers les années 1955.

Outre l'isolement de plus en plus absolu de nos patientes vis-à-vis de leur famille et de leur environnement familial, nous avons insisté en conclusion de cette première partie sur l'aspect ritualisé et routinier de la vie hospitalière. La rigidité et la monotonie de l'existence au pavillon amenuise les possibilités d'expression. Ainsi s'institue le STATUT des malades "silencieuses" ou "indifférentes".

Quelle part faire, dans ces processus, au génie propre de la maladie mentale, ou aux conditions que cette maladie impose - avec l'internement - aux personnes qui en sont atteintes ? Nous ne pouvons en décider. Du moins faudrait-il que les mesures thérapeutiques n'en favorisât jamais l'installation.

Dans la seconde partie de notre étude, nous avons envisagé les données qui nous étaient accessibles dans les dossiers mis à notre disposition. Notre groupe de malades a un âge moyen actuel de 73 ans. Près de la moitié d'entre elles (46 %) sont entrées à l'hôpital entre 26 et 35 ans. Un quart de ces malades y sont depuis plus de 40 années.

Notre lot de dossiers se compose de 50 % de schizophrénies et de 30 % de délires chroniques systématisés. Proportions respectivement 2,5 et 3 fois plus élevées que les fréquences de ces diagnostics dans une population hétérogène de 1.000 malades de Maison-Blanche.

Conscient de ce qu'avait d'imprécis de telles étiquettes, nous avons tenté de préciser les concepts sémiologiques les plus fréquemment notés.

Les termes : "automatisme mental, hallucination, persécution" reviennent sous la plume des médecins avec une forte fréquence.

Le désintérêt, l'indifférence, l'incohérence du discours et des actes sont souvent signalés ; enfin le concept d'affaiblissement psychique est d'un emploi courant.

L'âge de début des troubles ne correspond pas à l'âge d'entrée à l'hôpital. Ce début ne nous est connu avec certitude que dans un nombre limité de cas, mais tout nous laisse supposer qu'il fut lentement progressif pour trois malades sur quatre. Ceci est-il à mettre en corrélation avec le pronostic défavorable ultérieur ? Nous le pensons.

De même la médiocrité des images parentales (vérifiée dans 46 % des cas) ; la fréquence des familles nombreuses nous emble des facteurs assez significatifs.

Une corrélation très forte existe entre l'évolution très défavorable de nos cas et la rareté très remarquable des permissions, sorties ou visites, qui spécifie la condition de ces malades.

Enfin, quelques observations résumées, nous ont permis d'illustrer les diverses modalités évolutives. Sept d'entre elles nous ont mené sur la chemin d'un délire encore actif plusieurs décades après son apparition. Dans l'observation qui les suit, nous assistons à la désagrégation progressive des notions de temps et de réalité. A cette lente et inéluctable progression, s'oppose l'observation que nous rapportons ensuite en contraste. Certes, l'état actuel de Madame A... est très déficitaire, mais la réalité du monde est encore présente, et les neuroleptiques ont permis une certaine stabilisation.

Les trois dernières observations nous offrent l'occasion de voir s'installer progressivement un mutisme. Ces malades sont les "silencieuses" dont nous parlions plus haut. Les gestes, les phrases, les contacts sont réduits au minimum ("vital" pourrions-nous ajouter).

Les notations des infirmières sont à l'image de cette "marche à l'immobilité". Les remarques initiales concernant l'agressivité ou l'activité au pavillon disparaissent. "Inactive, indifférente, bien adaptée" lit-on désormais.

Ces malades "incrustées" ne posent "plus de problèmes", elles sont là, présentes dans le pavillon. Il semble qu'elles n'en doivent plus jamais bouger.

Vu, le Président de Thèse

Professeur MICHAUX

Vu, le Doyen de la Faculté

Professeur BROUET

Vu et Permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

G. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

AUDISIO M. et PICAT J.

Essai d'approche sémiologique et nosographique d'un groupe de schizophrènes par des méthodes épidémiologiques.
INF. PSYCH. 45 p. 63 à 75.

AUDISIO M. et LEVESCOT A.

Enquête statistique à but épidémiologique en milieu psychiatrique institutionnel.
L'Evol. Psych. Avr. Juin 69.

BARRES P. - EY. H. - LABOUCARIE J.

L'évolution des schizophrénies -
Evol. Psych. 1953 - 2 - 239.

BAUME S. - BERTHIER R. - SIVADON P. - VEIL Cl. - VERBIZIER J.

Premier mois de fonctionnement d'un hôpital de séjour urbain.
Congrès de Nancy - Sept. 1963.

BELLAK L.

Handbook of community psychiatry and community mental health.
Grune & Stratton - New-York 1964, chap. XV.
Schizophrénie, une étude des syndromes.
Logos Press ed. New-York 1958.

BLEULER M.

Prognose der Psychosen insbesondere der schizophrenie.
Per Mitt. d. Schweiz. Ienwer.Bes. 1946.

BRONNER J.C.

Données stastiques de la clinique psychiatrique.
Universitaire de Strasbourg - Thèse Méd. Strasbourg 1967.

CANGHILEM G.

Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique.
Soc. d'Edition "Les belles lettres" - Paris 1960.

CARETTE M.P.

Les critères de guérison en psychiatrie.

Congrès de Psych. & Neurol. de langue fr. Nancy Sept. 63 - Masson Ed.

CECCATO S.

Les calculatrices électroniques au service de la psychologie.

Conc. Méd. 1968 - 90 - 21.

CHABERT G.

Aspects cliniques de la schizophrénie après dix ans d'évolution.

Thèse Méd. Marseille 1966.

COLOMB

Insuline et schizophrénie.

E.M.C. 1955 - 37 295 A 10

DELAY - PICHOT - PERSE

Méthodes psychométriques en clinique.

Masson - Paris 1955.

DUCHENE D.

Vers une démographie psychiatrique.

Sem. des Hôp. 1948 - 86.

DUYCKAERTS F.

La notion de normal en psychologie clinique.

VRIN 1954 PARIS

ELIS B.

Le diagnostic psychiatrique par ordinateur.

Thèse Méd. Paris 1967

EY. H. - IGERT C. - RAPPART Ph.

Psychose aiguë et évolution schizophrénique dans un service, de 1930 à 1956 A.M.P. 1957 - 2 - 231.

2e Congrès Mondial de Psychiatrie - Zurich 1957.

HOLMBOE R. et ASTRUP C.

Etude suivie de 255 malades atteints de schizophrénie aiguë et de psychose schizophrénique.

Acta psych. neur. scand. 1957. 32 suppl. 115 1 61

I.N.S.E.E.

Annuaire statistique de la France.

JACQUOT J.P.

La cybernétique en psychiatrie. Essai de sémiologie probabiliste.
Thèse Méd. Strasbourg 1966 - N° 42.

KAMMERER Th. GUERFEIN L.

Une nouvelle méthode d'analyse mathématique de l'observation médicale
utilisant les ordinateurs électroniques. Application aux tentatives
de suicide.
Presse Méd. 75 45 Nov. 1967.

KAMMERER Th. - ISRAEL L. - JACQUOT J.P.

Sémiologie probabiliste en psychiatrie.
Compte rendus Congrès International de Médecine cybernétique. P. 315 à 321.

LAGACHE D.

Résultats et critères de guérison.
Enc. Méd. Ch. Psych. T 3 - 37 812 E 10

LAMBERT P.A. - MIDENET M. - LAMBERT M. - VERSMEE A. - CHAPOT G. - CHARIOT G.

Bilan de 5 années de pratique psychiatrique sectorisée.
Congrès de Nancy - Sept. 63.

LANGFELDT G.

Pronostic de la schizophrénie.
Acta psych. neuröl. Scand. 1966 suppl. 110 - 1 - 66 et IIe Congrès
Monclial Psych. Zurich 1957.

MATERSON J.F.

Le pronostic des troubles de l'adolescence : la schizophrénie.
J. NERV. ment. dis. sept. 1956 - 124 - N° 3 - 219 à 232.

de MEURON M.

Contribution à l'étude de la "mobilité et du sédiment" dans un hôpital
psychiatrique.
Méd. Hyg. 25 N° 792 - 897 à 900 - sept. 67 - Genève.

MIDENET M.

Contribution à l'étude du devenir des malades mentaux.
Etude après 6 années d'évolution de 180 malades entrés en 1957 dans
un service mixte sectorisé de province -Thèse Lyon 1963.

MINKOWSKI E.

Les schizophrénies - Desclée de Bronwer 1954.

OVERALL S.E.

Description standardisée des symptômes psychiatriques.
Etablissement d'une formule d'appréciation.
Triangle vol. VIII - 3 sept. 68.

OVERALL S.E. - HOLLISTER L.E.

Les techniques de l'ordinateur appliquées à la classification psychiatrique.
J.A.M.A. 1964 - 187 - 583 - 588.

PICHOT P.

La nosologie psychiatrique et le diagnostic par ordinateur.
Presse Méd. Mai 1967 - 75 - 24.

QUINODOZ J.M.

Modification de la population de l'hôpital psychiatrique.
Etude comparative des premières admissions.
Méd. Hyg. 792 - Sept. 67.

SCHNEIDER P.B.

Les critères de guérison des troubles psychiatriques.
Méd. Hyg. N° 403 - Août 1968.

SUTTER J.M. et CHABERT G.

Réflexions sur 60 schizophrènes remontant à plus de 10 ans.
Encéph. 1967.

SUTTER et coll.

Notes sur la détérioration d'une série de schizophrènes observés après 10 ans d'évolution.
A.M.P. 124 - N° 1 - 64 - 73 - 1966.

TRILLAT E. - INFANTE B. - FARGERON A. - FERRAM C.

Le psychotique chronique dans le milieu social.
Encéph. 1966 LV 1 - 44 78 et LVI - 5 - 439 - 457.

TYSMAN L.

A propos de devenir de cent malades sorties d'un hôpital psychiatrique.
Thèse Paris 1969.

UEBERSCHLAG M.H.

La notion de guérison et de rendement thérapeutique en psychiatrie.
Soc. Neur. & Psych. du S-Ouest. Séance du 26.II.1961.

